3 Зок-4
8D3

1929
№ 2-4

Б треба.

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

5-ты ГОД ВЫДАНЬНЯ

БЕЛАРУСКАЯ
МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

Б. а-29 д / 2880.

№ 2—4

ЛЮТЫ—КРАСАВІК

1929

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ БССР

МЕНСК

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

5-ты ГОД ВЫДАНЬНЯ

3ок-4
823

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

РЭДАКЦЫЙНАЯ КАЛЕГІЯ:
Дацэнт М. І. БАРСУКОЎ, праф. Б. Я. ЭЛЬБЭРТ,
праф. М. Б. КРОЛЬ, праф. С. М. РУБАШОЎ,
А. І. ЦЬВІКЕВІЧ, д-р М. А. ПОЛЯК, д-р Н. К. ФУРС,
С. Д. КАМЕНШТЭЙН, д-р В. А. АНІШЧАНКА
і д-р Г. К. ШАПАВАЛАЎ

Б. а. 2д ⅔.
2880.

№ 2—4

ЛЮТЫ—КРАСАВІК

1929

ВЫДАНЬНЕ
НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ БССР
МЕНСК

РЭДАКТАРЫ АДДЗЕЛАЎ:

Морфолёгіі—праф. **І. Т. Цітоў**, праф. **С. І. Лебёдкін**, праф. **П. Маўрыжджіадзі**.
Біолёгіі—праф. **Л. П. Розанаў**, праф. **А. Бестужаў**, праф. **А. С. Шчэпоцьцеў**.
Мікробіолёгіі і эпідэміалёгіі—праф. **Б. Я. Эльбэрт**.
Унутранае мэдыцыны—праф. **С. М. Мелкіх**, праф. **Ф. О. Гаусман**.
Хірургіі—праф. **С. М. Рубашоў**, праф. **М. Н. Сакалоўскі**.
Офтальмалёгіі—праф. **С. Д. Камінскі**.
Акушэрства і гэнэколёгіі—праф. **М. Л. Выдрын**.
Нэўралёгіі—праф. **М. Б. Кроль**.
Псыхіатрыі—праф. **А. К. Ленц**.
Пэдыатрыі—праф. **В. А. Леонаў**.
Вушных, гарлавых і насавых хваробаў—праф. **С. М. Бурак**.
Дэрматалёгіі і вэнэролёгіі—праф. **Ю. В. Мранговіус**.
Одонтолёгіі—дацэнт **І. М. Старобінскі**.
Судз. мэдыцыны—праф. **І. Т. Цітоў**.
Агульн. гігіены—праф, **М. М. Экзэмплярскі**.
Сацыяльн. гігіены—дацэнт **М. І. Барсукоў**, дацэнт **Б. Я. Смулевіч**, д-р **Д. В. Ліўшыц**.
Гігіены працы—д-р **С. Р. Дзіхцяр**.
Прафэсыянальных хваробаў—д-р **С. Р. Дзіхцяр**, д-р **С. Н. Ефім'еў**.

Заказ № 2080. У ліку 400 экз. Галоўлітбел № 1156.

Менск. Друкарня Беларускага Дзяржаўнага Выдавецтва.

ГРАМАДЗКАЯ АХОВА ЗДАРОЎЯ І ГІГІЕНА

Ахова здароўя і культура.

М. Барсукоў.

У нас вельмі часта ў слова „культура“ ўкладаюць, калі можна гэтак сказаць, выключна толькі наркамасьветны зьмест. Паняцьце „культура“ мімаволі зьвязваецца толькі з уяўленьнем ліку школ і з пастаноўкай справы няпісьменнасьці. Між тым, гэткае ўяўленьне культуры па меншай меры будзе ня толькі цярпець на аднабокасьць, але ў значнай ступені аддаваць так званым „ведамственным душком“. Ніколі не спрачаючыся з важнасьцю для культуры добра разгорнутай сеткі школ і пасьпяховага правядзеньня мерапрыемстваў па ліквідацыі няпісьменнасьці, нельга забываць, што ўсё гэта толькі часьць цэльнага. Зьяўляючыся неабходнай складанай часткай усёй культуры, гэтае разуменьне поўнасьцю не пакрывае таго, што, па-нашаму, неабходна для больш точнага і яснага азначэньня слова „культура“. Пад найменьне „культура“ мы імкнемся падвесьці ўсё, што зьяўляецца спагадаючым для лепшага падняцьця вытворчых сіл рабочае клясы, усё, што дае ёй магчымасьць лягчэй перамагчы труднасьці барацьбы за існаваньне і хутчэй пабудаваць сацыялізм. Гэткае азначэньне „культуры“, як сродка разьвязаць найлепшым спосабам вытворчыя сілы краіны і тым самым узмацаваць дыктатуру рабочае клясы, дае нам магчымасьць лягчэй зразумець, чаму пытаньні аховы здароўя гэтак цесна перапляталоцца з культурнымі запатрабаваньнямі рабочых і сялян.

Якое хочучы мерапрыемства ў гаспадарчым будаўніцтве ўпіраецца, з аднаго боку, у здаровы быт, а з другога боку—у здаровую працу. Таксама, як пісьменнасьць рабочага ўплывае на вытворчасьць яго працы ля станка, так і варункі яго жыцьця зьяўляюцца асновай добрага выконваньня ім гаспадарчых абавязкаў. Мы вельмі добра ведаем, што няўстроенасьць у пытаньнях грамадзкага характару, асабліва пры зацяглым кватэрным крызісу, дае сябе адчуваць на цэльным радзе захвораньняў, якія мы зусім правільна называем *соцыяльнымі*, паколькі яны датычаць усяго калектыву, усяго грамадзянства і па свайму распаўсюджаньню носяць масавы характар. Мы па старынцы часта забываемся аб тых прынцыпах, на якіх будуецца савецкая мэдыцына. У нас нярэдкія выпадкі, калі ўсю справу аховы здароўя імкнуцца падвесьці пад налічны ложкавы фонд і думаюць, што лік больніц акрасьляе сабой здавальняючую пастаноўку мэдыка-санітарнае дапамогі. Зразумела, нельга зусім адкідаць у бок патрэбнасьці насельніцтва ў больніцах і амбуляторыях. Мы ня можам, і з нашага боку было-б проста злачынствам, калі-б мы ня далі нашым працоўным магчымасьці лячыць свае хваробы, але мы дасканала ведаем, што больніцамі мы ў канцы канцоў насельніцтва ня вылечым, калі-б нават пакрылі імі ўсю краіну. Дзеля гэтага і стаіць перад органамі Аховы Здароўя вялізарнейшая задача шчыльна падыйсьці да быту, да вывучэньня варункаў, якія выклікаюць хваробы, зьмяніць гэтыя варункі, а на будаўніцтва больніц глядзець, як на сумную даніну нашай агульнай адсталасьці і беднасьці ў культурным сэнсе. Профіляктыка, мэтодыка

папярэджаньня хваробаў і зьвязанае з імі аздараўленьне быту і працы павінны заўсёды знаходзіцца ў цэнтры ўвагі савецкае мэдыцыны і служыць тым паказчыкам, які лепш за ўсё гаварыў-бы аб правільнасьці правядзеньня агульнай палітыкі па ахове здароўя.

Вось чаму цяпер, калі нашая савецкая грамадзкасьць горача ўзялася праводзіць у жыцьцё лёзунг аб культурнай рэвалюцыі, трэба як мага больш завастраць увагу і над тым, як гэты лёзунг лепш за ўсё прыстасаваць і на практыцы мэдыцыны.

Пытаньні аховы здароўя нагэтулькі цесна зьвязаны з бытам, што часам бывае трудна аддзяліць гэтыя пытаньні ад агульнай абстаноўкі. Умець разумна жыць, правільна выдаткаваць сілы, ахоўваць сваё здароўе ад шкодных уплываў—вось у чым асновы нармальнага існаваньня якой хочучы чалавечай грамады і, асабліва, пралетарскай, дзе чалавечае жыцьцё найбольш дорага ацэньваецца і дзе да кожнага будаўніка сацыялізму павінны быць чулыя, уважлівыя адносіны. Але, калі ў гэтых трох словах выражаецца азбучная ісьціна профіляктыкі, дык тым трудней гэтую азбуку ўлічыць у жыцьці, бо, паўтараю, наш быт нас закранае і не дае часам энэргіі рашуча парваць з грунтоўна засеўшай традыцыяй.

Мы ўсе яшчэ ў значнай ступені нясем на сябе адпячатак таго старога выхаваньня, якое лічыць зусім натуральным спаць мужу і жонцы разам на адным ложку, баяцца сквазьнякоў, баяцца чыстага сьвежага паветра ў пакоі і г. д. Спытайцеся любога вясковага жыхара аб пабудове ўборнай у цёплым памяшканьні разам з кватэрай, і ён самым гарачым парадкам будзе даводзіць, што ўборную трэба рабіць як здарыцца, па-за жыльлём і што халодны тып нічога дрэннага сабой не ўяўляе. А харчаваньне з аднэй пасуды, выціраньне твару адным агульным рушнікам, рукапажацьце і г. д.,—ці гэта не характарныя прыклады таго ўродлівага паняцьця аб гігіене, якое мы атрымалі як спадчыну ад мінулых часоў?

У нас вельмі моцна ўкаранілася паняцьце, што нормы гігіены—нудная і непатрэбная фармальнасьць, што дом можна будаваць, ня прытрымліваючыся элемэнтарных правіл санітарыі толькі таму, што гэтыя правілы часам б'юць па кішэні, а што, па сутнасьці кажучы, бяз іх можна абыйсьціся і што адсутнасьць іх пройдзе няпрыкметна. Шмат хто думае, што калі ў нас столькі ўсялякіх дзірак і іх трудна заткнуць, дык дзеля гэтага можна гнацца за колькасьцю, забываючы аб якасьці. Але пры гэтым забываюць, што закон аб пераходзе колькасьці ў якасьць і наадварот трэба прыстасоўваць з вялікай асьцярожнасьцю, інакш ён будзе біць і вельмі больна, і што эканамічны эфэкт злоўжываньня гэтым законам можа сарваць кожнае гаспадарчае мерапрыёмства ў сваім канечным рэзультаце. Гэткі „плевацельны“ стасунак да санітарыі безварункова мае глыбокія гістарычныя і палітычныя карэньні, калі жыцьцё чалавека разглядалася, як нешта малакаштоўнае, калі на людзей глядзелі, як на быдла, якое, маўляў, усё роўна хутка размнажаецца і на зьмену загінуўшых хутка прыдуць новыя рабы. Гэткі пункт гледжаньня, зразумела, існаваў не ў адносінах усяе грамады ў цэлым. Мы дасканальна ведаем, што „выбраныя“ ранейшай буржуазнай грамады ня жылі ў падвалах, ня ставілі на зіму да сябе ў пакой сьвіней, каб было цёпла, а будавалі гэткія будынкі, дзе на кожнага чалавека прыходзілася неабмежаваная колькасьць паветра, цяпла, сьвятла і інш.

Цяпер, калі становішча зьмянілася і жыхары падвалаў паступова займаюць лепшыя будынкі нашых гарадоў, перад намі паўстае задача абвясьціць самую жорсткую вайну ўсім кансэрватыўным традыцыям

старога быту, раз назаўсёды ўбіць у сьвядомасьць, што санітарыя ня ёсьць раскоша, якійсьці „накладны выдатак“, прыдуманы габінэтнымі вучонымі „ад няма чаго рабіць“, а ёсьць галоўнейшы і патрэбнейшы варунак посьпеху новага сацыялістычнага будаўніцтва.

Праўда, мы вельмі бедныя, у нас шмат чаго не хапае, нам хочацца хутчэй перашагнуць тую мяжу, якая нас аддзяляе ад тысячагадовай эўрапэйскай культуры, але разам з тым, мы павінны памятаваць адну ісьціну, што „мы не нагэтулькі багаты, каб купляць танныя рэчы“. Змагаючыся са сваёй нэндзай, імкнучыся ліхарадачна перамагчы ўсе агіднасьці нашай эканамічнай адсталасьці, мы не павінны забываць, што, будуючы заводы, пускаючы ў ход новыя машыны, мы будзем мець справу з жывой сілай, якая будзе працаваць ля гэтых станкоў, будзе дыхаць паветрам фабрычнага памяшканьня. Элемэнтарны падлік хоць-бы грашовых выдаткаў, якія прыходзіцца траціць на лячэньне пацярпеўшых ад няшчасных выпадкаў на заводах, ад неарганізаванай аховы працы, каштуе дзяржаве ў шмат разоў даражэй, чым сваечасова пастаўленыя прадахраніцелі ў машын, якія папераджаюць рабочых ад параненьняў.

Тое самае адносіцца да памяшканьня і да пытаньняў харчаваньня. Таксама як у вытворчасьці пры малейшай няточнасьці пры доглядзе за машынай, апошняя дае перабоі і ў канцы канцоў спыняе сваю працу,—так і чалавек, трапляючы ў дрэннае памяшканьне, засуджаны на загібель і працаздольнасьць яго, канечне, будзе нізкай, або, як кажуць цяпер, не рэнтабельнай. Збудаваць дом, гэта ня значыць толькі узьвесьці сьцены, а патрэбна яшчэ ведаць, з якіх матар'ялаў гэтыя сьцены будуць зроблены, колькі яны будуць прапускаць паветра і цяпла, бо ад гэтага залежыць, ці будзе ў доме вільгаць, ці дастатковая сухасьць. Мы баімся скразьнякоў, але не баімся душнага сьпёртага паветру. У сялянскіх хатах, дзе адсутнічаюць форткі і дзе бязьлітасна кураць, можна знайсьці такі малюнак, калі, як у старыну казалі,—„хоць сякеру вешай“. Мы, як агульнае зьявішча, заўсёды ўпорна забываем аб вэнтыляцыі паветра, аб патрэбе частага перамяшчэньня апошняга, хоць, як паказалі навуковыя даныя, самым шкодным зьяўляецца тая абставіна, калі паветра доўга затрымліваецца, калі пакой не праветрываецца, калі паветра застойваецца і набіраецца ўсялякіх іспарэньняў і пылу. А ў пылу і ў найменшых часьцінках вады, якія распыляюцца ў памяшканьні разам з нашым дыханьнем, маюцца багатыя калёніі ўсялякіх бактэрый і ў першую чаргу бацылы сухотаў—нашай пралетарскай, найбольш распаўсюджанай хваробы, якой перахварэў амаль кожны рабочы і селянін. З гэтай апошняй традыцыяй,—боязьні сьвету і паветра,—трэба пачаць самую бязьлітасную барацьбу як з найбольш укаранелай спадчынай старыны, калі людзі, як краты, хаваліся адзін ад аднаго і лічылі зусім нармальным не рабіць фортак. Так было ў старыя гады, так яшчэ застаецца і па гэты дзень у сялянскіх хатах, у якіх „дзеля эканоміі“ стараюцца будаваць глухія вокны без якога-бы то ні было намёка на магчымасьць праветрываньня ўзімку; бо летам можна хоць адчыніць вакно, а ўзімку гэтае вакно наглуха заканапачваецца і шчыльна закупорваецца.

А як працякае жыцьцё ў сялянскай хаце? Людзі сьпяць у павалку на падлозе, там, дзе ходзяць і дзе сьнедаюць; тут-жа, у прысутнасьці сваіх дзяцей, адбываюць свае супружныя абавязкі, ня зьнімаюць дзённых кашуляў, ня мыюць твару і рук, аб чыстцы зубоў і мовы быць ня можа. Баня зьяўляецца рэдкім выключэньнем, але нават і там, дзе яна ёсьць, яна далёка не здавальняе санітарных вымаганьняў і часта

можа служыць найлепшым рассаднікам усялякіх хваробаў, бо без адпаведнага догляду яна лёгка засьмечваецца ня толькі брудам тых, хто мыецца, але і тымі насякомымі, якімі кішыць кажух селяніна. Селянін у гэтым кажуху робіць літаральна ўсё: і працуе, і ў хаце сядзіць, і ўначы пакрываецца замест коўдры. Калі ўсё пералічанае грунтоўна ўжываецца ў хатнім быце нашых працоўных, дык што можа сказаць аб пляваньні на падлогу, аб смарканьні куды папала, аб тым, што хустачка да носу выклікае амаль не насьмешку і абвінавачаньне ў буржуазных забабонах? Трэба ўпарта, з году ў год далбіць гэтую каменную сьцяну нашага нявежаства, кожны раз указваць на гэтыя недахопы і шляхам прапаганды, словам, а галоўнае—дзеяньнем, змагацца супроць гэтых шкадлівейшых па сваіх выніках астаткаў старога быту.

Калі ў нас існуе абыякае адношаньне да памяшканьня і да адзёжы, калі вельмі часта ў нас звыш-пралетарскім „добрым тонам“ лічыцца абыяк апрануцца і пры гэтым у брудную вопратку, то ня менш злачынным зьяўляюцца адносіны да пытаньняў харчаваньня. Не дарма Савецкая ўлада і разам з тым ахова здароўя так узмоцнена займаюцца цяпер пытаньнем грамадзкага харчаваньня. Тут ня толькі ёсьць жаданьне пазбавіць жанчыну-работніцу залежнасьці ад кухні, гэта таксама зьяўляецца аднэй з галоўных задач барацьбы за новы быт,—але разам з тым пры гэтым ёсьць жаданьне як найлепей урэгуляваць і санітарна здаравей паставіць прыгатаваньне харчу. Харчаваньне—адно з асноў нармальнага існаваньня чалавека. Найменшы ўхіл у той ці іншы бок, нястача тых альбо іншых складаных частак пітаньня адразу рэзка адбіваецца на здароўі і працаздольнасьці чалавека. Не дарма і ў дрэўнія часы і цяпер харчаваньню надаюць большае значэньне пры лячэньні хворага, чым самаму моцнаму лякарству. Між тым, гэты найважнейшы бок чалавечага жыцьця найбольш церпіць ад консэрватызму старых традыцый, найбольш зьяўляецца закасьнелым у сваіх старых прызвычаеньнях. Ні для каго не сакрэт, як прымітыўна, па трафарэту гатуюцца розныя кушаньні, як ня прытрымліваюцца дыэты для кожнага чалавека, як агідна злоўжываюць мясам і амаль зусім не карыстаюцца гароднінай і фруктамі, ня ўводзяць у арганізм жыроў і г. д. Гэта датычыць, так сказаць, якасьці справы, а калі мы хоць адным вокам глянем на тэхніку прыгатаўленьня, дык можам быць пэўнымі, што чалавек у гэтай справе, як гэта ня дзіўна, зацікаўлены менш, чым у прыгатаўленьні масла для змазваньня машын, або ў прыгатаўленьні корму для быдла. Калі вы хочаце знайсьці самы антыгігіенічны кут у жыльлі чалавека, дык вы напэўна знойдзеце яго на кухні. Тут усё, пачынаючы ад мыцьця пасуды, мыцьця рук, чышчэньня прадуктаў, усё гэта як-бы знарок пабудавана на супярэчнасьцях, каб больш нашкодзіць чалавеку, чым прынесьці яму карысьці. У выніку гэтага няўважлівага стасунку, здароўе калечыцца, разьвіваюцца хранічныя хваробы, арганізм у канец падрываецца паразітамі-глістамі, якія трапляюць у вялізным ліку ў арганізм чалавека іменна ад няўважлівых адносін да прадуктаў пітаньня.

Зразумела, можна было-б прывесьці яшчэ шмат прыкладаў залежнасьці культуры ад быту працоўных, але і гэтых прыкладаў даволі для таго, каб мы мелі права сказаць, як санітарная культура цесна зьвязана з культурай агульнай і прачышчае да яе шлях.

Нам трэба ўсімі сіламі імкнуцца прадзьвігаць элемэнтарныя веды аб гігіене ў глухія куткі нашай Рэспублікі, кожнае нашае гаспадарчае пачынаньне добра абмяркоўваць з санітарнага пункту гледжаньня, добра разьбіраць усе дэталі, якія ў тэй або іншай ступені могуць адбіцца на здароўі чалавека.

Будуючы фабрыку, памяшканьне, грамадзкае харчаваньне, ніколі ня трэба забывацца, што няўважлівасьць у санітарным аднашэньні занадта дорага б'е па бюджэту Савецкае дзяржавы, што адсутнасьць каналізацыі і дрэнная падача сьвежага паветра ёсьць самае горшае для рэнтабельнасьці мерапрыемства, бо там, дзе ня будуць датрымлівацца элемэнтарнейшыя санітарныя нормы,—мы сьвядома ставім пад удар усю нармальную прадукцыю данае вытворчасьці.

Вось чаму ахова здароўя, зьяўляючысь магутным залогам культурнага росту працоўных, павінна заўсёды ўлічвацца пры агульным падвядзеньні культурнага балянсу. Чым здаравей быт, тым спакайней праца, тым больш гарантый, што нашая цяжкая справа па будаўніцтву сацыялізму ў адсталай краіне будзе выканана з гонарам, і мы дадзім рабочаму і селяніну тую сапраўдную новую сацыялістычную культуру, якая не на словах, а на справе створыць шчасьлівае здаровае жыцьцё.

Новая заваёва на фронце барацьбы з сухотамі.

М. І. Барсукоў.

(Да адчыненьня сухотнага санаторыя ў „Сасноўцы“).

Мы часта чуем аб сухотах, аб іх штодзённа нам напамінаюць нязьлічоныя афяры ў працоўных сем'ях і сярод бядняцкіх пластоў вёскі, якія гінуць, заразіўшыся гэтай жахліваю хваробаю. Але іменна таму, што сухоты так моцна распаўсюджаны сярод усяго насельніцтва БССР, мы да іх мімаволі прывыклі і часта пачынаем недаацэньваць тыя фактары і ўмовы, якія сухоты параджаюць.

Усім, напрыклад, ясна, што дзяцей трэба берагчы ад заражэньня шкарлятынай або дыфтэрытам, што высыпны тыфус зьяўляецца надзвычайна небясьпечнай заразьлівай хваробай, але ў шмат каго няма яшчэ яснага ўяўленьня, што і сухоты належаць да небясьпечных заразьлівых хваробаў.

Сухоты тым і паказальны, што яны, як злодзей, сьціху падкараульваюць сваю афяру і параджаюць яе спачатку зусім няпрыкметна. Толькі тагды, калі працэс разьвінецца і глыбока пашкодзіць увесь чалавечы арганізм, хворы зварочваецца да доктара, дапамога якога, з прычыны спазьненьня, не заўсёды дае станоўчыя вынікі.

Сухоты—хвароба глыбока сацыяльная і поўнае выкараненьне яе будзе магчыма толькі тагды, калі радыкальна зьменяцца сацыяльныя і эканамічныя ўмовы быту.

У нашых умовах—пры дыктатуры рабочае клясы, гэта задача ў значнай ступені палягчаецца тэй абставінай, што зьнішчана самым рашучым чынам асноўная прадпасылка разьвіцьця сухотаў,—старая буржуазная сыстэма палітычнага ладу, і замест эксплёатацыі паднявольнай рабочае клясы буржуазіяй, мы маем рабочую ўладу гаспадаром краіны, якая непасрэдна кіруе ўсім дзяржаўным жыцьцём.

Але калі мы гэтым закончылі першы этап барацьбы на сухотным фронце і гэтым самым рэзка, крута зьмянілі саадносіны сіл у параўнаньні з буржуазнымі краінамі, але гэта яшчэ далёка ня ўсё. Шмат чаго яшчэ засталося наперадзе, што цяжка адразу зьнішчыць з прычыны нашай эканамічнай беднасьці і культурнай адсталасьці.

Вось на гэты бытавы вучастак нам і трэба ў сучасны момант кінуць усе свае ўдарныя сілы па барацьбе з сухотамі.

Навука даўна вызначыла, што зьяўляецца ў нашым быце шкадлівым, што паслабляе арганізм і спрыяе большай ранімасьці апошняга ўсякімі хваробамі і ў прыватнасьці сухотамі.

Гэтыя ўмовы быту наступныя: жыльлё, харчаваньне і санітарная культура. Вось па гэтых трох вучастках нам і трэба адкрыць агонь і біць па ім „да пераможнага канца“.

„Туды, дзе ў хату не заглядае сонейка, там часта бывае доктар“,—правільна гаворыць італьянскае прыслоўе. Вось чаму тэмп жыльлёвага будаўніцтва, ліквідацыя жыльлёвай скучанасьці вызначаюць сабой і ступень зьніжэньня сухотнай захворваемасьці. Але задача заклю-

чаецца ня толькі ў тым, каб як-небудзь пабудаваць жыльлё. Тут на першым месцы стаіць санітарная якасьць хаты, а санітарыя вымагае, каб хата была сьветлай, сухой, цёплай і мела дастатковую колькасьць сьвежага паветра. Нажаль, трэба прызнацца, што часта ў нас гэта забываюць і да голасу санітарнай арганізацыі не заўсёды прыслухоўваюцца з належнай увагай. Мы атрымалі па спадчыне прывычку ад старых часоў зьвяртацца да доктара толькі тагды, калі, як кажуць, „забаліць жывот“, а да гэтага і пасьля гэтага доктар нас мала цікавіць.

Усё вышэйсказанае з тэй-жа сілай можна аднесьці і да пытаньня аб грамадзкім харчаваньні. Тут трэба асабліва падкрэсьліць аграмаднае значэньне ўдала прыгатаванага абеду, які павінен быць не трафарэтным, без індывідуальнага падыходу да тых, хто яго будзе есьці, а з старанным вучотам таго дыэтычнага ражыму, які прыпісаны доктарам.

Добрае харчаваньне, якое цалкам адказвае паказальным запатрабаваньням, зьяўляецца магутным сродкам ня толькі забясьпечваючым ад сухотаў, але лепшымі лекамі, якія іх зьлечваюць. З гэтае прычыны пытаньне аб арганізацыі дыэтычных сталовак у нашых умовах набывае бязумоўна важны характар.

Жыльлё і харчаваньне ёсьць асноўныя прадпасылкі таго, што мы аб'ядноўваем пад агульным паняцьцем *санітарнае культуры.*

Аб неабходнасьці культурнае рэвалюцыі ў нашым быту многа гаварылася і пісалася. Але гэта яшчэ ня значыць, што мы навучыліся здарова жыць і ўмела працаваць. Пачынаючы ад нашых някультурных прывычак пляваньня і смарканьня на падлогу, бруду і нячыстаплотнасьці ў хатнім быту, мы сьвядома абясьсільваем сябе непасільнай і падчас бескарыснай разумовай працай, калі нядбайна адносімся да бюджэту нашага часу. Шмат разоў выносіліся партыйнымі і савецкімі арганізацыямі рашучыя рэзалюцыі аб ашчадным карыстаньні часам адпачынку, аб скарачэньні ўсялякага роду паседжаньняў, адважнага абмежаньня нікчэмнай засядацельскай гарачкі, але трэба прызнацца, што і па гэты дзень усё гэта застаецца на паперы і нават ёсьць грунтоўная небясьпека, што нядбайнасьць пры разьмеркаваньні разумовай працы і гадзін адпачынку пачынае прагрэсіраваць.

Чаму-ж на чалавека прынята глядзець інакш, чым на машыну? Да машыны мы ставімся надзвычайна асьцярожна і прымаем суровыя меры супроць надмернай нагрузкі, бо добра ведаем, што машына проста-на-проста ня вытрымае і зламаецца. Да чалавека ў нас зусім іншыя адносіны. Тут усё робіцца так, нібы сьвядома ня лічацца з фізыолёгічнымі асаблівасьцямі чалавечага арганізму. Відаць, тут адыгрывае ролю нейкае асаблівае паняцьце аб чалавеку, як аб звышнатуральнай істоце, якая са ўсім справіцца, усё вытрымае.

З гэтым памылковым, бязумоўна, шкадлівым кансэрватыўным пунктам погляду трэба ўсямерна змагацца, як з праявамі абывацельскага ўхілу ў ацэнцы вытворчых сіл нашага мозгу.

Трэба памятаць адно асноўнае правіла, што мозг, усё роўна, як-бы яго ні перагружалі, далей вядомае граніцы ня зможа тварыць і ўсё, што выходзіць за гэтую граніцу, усё роўна нічога каштоўнага ня дасьць, а ў некаторых выпадках нават нашкодзіць.

А таму „неабходнасьць“ ня лічыцца з бюджэтам часу—ня можа сябе апраўдаць, бо якасьць атрымліваемай працы зваротна прапарцыянальнага часу, які вытрачаны звыш нормы. Шматлікія прыклады з адказнымі савецкімі працаўнікамі ясна паказваюць, што супраціўляемасьць іх арганізму вельмі слабая, асабліва да сухотаў, вельмі слабая,— і гэта надзвычайна грозная сыгналізацыя.

Мы сьвядома трацім свой актыў, раней часу яго калечым, падрываем сілы таго кадру людзей, у якім мы асабліва адчуваем патрэбу і які гэтак патрэбен нам для сацыялістычнага будаўніцтва.

Па даным ЦСУ за 1926 год мы маем захварэўшых сухотамі ў абсолютных лічбах па ўсёй БССР 52.427, або 124,9 на 10.000 насельніцтва. У тым-жа годзе памершых ад сухотаў налічвалася—4.998. Калі ўзяць у працэнтных адносінах сьмяротнасьць ад сухотаў да агульнай сьмяротнасьці насельніцтва, дык гэта складзе 7,8 проц.

Уся супроцьсухотная арганізацыя Нар. Кам. Аховы Здароўя пабудавана на дыспансэрных пачынаньнях. У гарадох і нават у некаторых раёнах ёсьць 17 сухотных дыспансэраў і пунктаў. Пры іх арганізаваны Саветы Сацыяльнай Дапамогі. Удзел савецкай грамадзкасьці ў барацьбе з сухотамі мае вялізарнае практычнае значэньне. Толькі цераз шырокае ўцягненьне ў гэтую барацьбу шырокіх мас рабочых і сялян, толькі пры непасрэдным укараненьні ў іх гушчыню санітарнай асьветы мы здолеем спыніць параможны паход сухотаў.

Пры шэрагу дыспансэраў маюцца дапаможныя ўстановы для сацыяльнай тэрапіі сухотных хворых: ночныя санаторыі, дыягнастычныя стацыянары і дыэтычныя сталоўкі. Улетку адчыняюцца дзіцячыя пляцоўкі.

Ложкавы фонд па сухотам надзвычайна недастатковы. Усяго ў нас 604 ложкаў, у ліку якіх толькі 110 бальнічных ложкаў, рэшта—санаторныя. Гэта дае магчымасьць шпіталізаваць толькі нязначны процант цяжкіх хворых. Мы-ж ведаем з вопыту іншых краін, што адным з мэтадаў барацьбы з сухотамі зьяўляецца таксама і масавая шпіталізацыя найбольш пагражаемых формаў гэтага захворваньня, якое можа сеяць заразу сярод здаровых.

Вось чаму (у дзень дзесяцігодзьдзя БССР) мы павінны горача вітаць адчыненьне ў Сасноўках санаторыі для лёгачных сухотаў, якая новымі ложкамі безварункова дасьць магчымасьць не аднэй тысячы працоўных падрамантаваць сваё здароўе і аднавіць сваю працаздольнасьць.

Дзесяць год таму назад нічога ня было падобнага да мэдыцыны сёньнешняга дню. Савецкая ўлада на зусім пустым мейсцы пабудавала супроцьсухотную сетку, якая зусім адсутнічала ў БССР пры царызьме.

Наша задача ў далейшым гэтую сетку ўзмацніць і яшчэ больш дыспансэрызаваць. Павялічэньне ложкавага фонду павінна ісьці ў межах шырокай шпіталізацыі цяжкіх формаў сухотаў, найбольш небясьпечных для здаровага насельніцтва. Ніколі нельга забываць, што ізаляцыя сухотнага хворага ў небясьпечны пэрыяд яго хваробы—ёсьць адзін з лепшых мэтадаў профіляктыкі, мэтад абароны нашай сям'і, усяго працоўнага калектыву ад масавага распаўсюджаньня заразы.

Але, паўтараю, вялікі лік больніц і добра разьвітая дыспансэрная сетка яшчэ не вызначаюць канчатковай перамогі над сухотамі.

Мы даканаем гэту хваробу назаўсёды, зробім яе зусім немагчымай у Савецкім Саюзе толькі пры ўмове эканамічнага і культурнага пад'ёму працоўных і актыўнай самадзейнасьці рабочых і сялян.

Аб прафіляктычным ухіле ў выкладаньні клінічных дысцыплін.

Прафіляктычны напрамак савецкай мэдыцыны, які быў абвешчаны асноўным прынцыпам у арганізацыі санітарнай і лячэбнай сеці краіны, да гэтага часу ў нас яшчэ не заняў адпаведнага становішча ў мэдычнай адукацыі. Так званыя прафіляктычныя катэдры (экспэрымэнтальнай гігіены, гігіены працы і гігіены выхаваньня) не атрымалі яшчэ ў агульнай сыстэме выкладаньня належнага разьвіцьця. Апошнія дзьве з пералічаных катэдр існуюць толькі ў некаторых цэнтральных ВУЗ'ах. Уплыў, які прафіляктычныя катэдры, нават пры сучаснай пастаноўцы, аказваюць на мэдычны сьветапогляд студэнцтва, пасьлабляецца тым зьявішчам, што выкладаньне клінічных дысцыплін зусім з ім ня ўвязана, а прафіляктычныя прынцыпы і сацыяльна-тэрапэўтычная мэталолёгія яшчэ не ўвайшла ў яго сыстэму. Між тым шмат якія выкладчыкі гэтых дысцыплін у сваёй навукова-практычнай дзейнасьці стыкаюцца з органамі аховы здароўя, шмат якія самі ў іх працуюць і цалкам згодны з асноўным пунктам погляду.

Гэтае становішча адрыву унівэрсытэцкага выкладаньня ад практычнай савецкай мэдычнай працы (да якой унівэрсытэты рыхтуюць новыя кадры) ня можа больш мець месца.

Пытаньне аб пераглядзе навучальных праграм па клінічных дысцыплінах і выпраўленьні ўсёй навукова-практычнай працы клінік цалкам насьпела ў колах клінічнай прафэсуры і выкладчыкаў.

Ініцыятыва, якая выяўлена ў гэтым напрамку Бюро прафіляктычных катэдраў СССР, была прыхільна спаткана маскоўскімі унівэрсытэцкімі працаўнікамі на нарадзе выкладчыкаў мэдфакаў 1-га і 2-га МГУ, якая адбылася ў лістападзе м.-г. ў „Доме Вучоных“, і на паседжаньні Таварыства дактароў матар'ялістых у сьнежані м.-г.

З 12 выказаўшыхся ўдзельнікаў нарады выкладчыкаў (разам удзельнічала каля 30 прафэсароў і асыстэнтаў) ня было ніводнага супярэчаньня супроць неабходнасьці і своечасовасьці ажыцьцяўленьня рэформы клінічнага выкладаньня. Шэраг прадстаўнікоў амаль усіх клінічных дысцыплін (праф. Марціноўскі і доктар Штэйншнэйдэр—клініка інфэкцыйных хвароб, праф. Рассійскі—паліклініка унутраных хвароб, доктар Хэсін—хірургічная клініка, праф. Кісель — дзіцячая клініка, праф. Кудзіноўскі—акушэрская клініка, доктар Розэнштэйн—псыхіатрычная клініка) падзяліліся з сабранымі некаторым вопытам, ужо набытым імі ў галіне выкладаньня сваіх дысцыплін з прыўнясеньнем прафіляктычных прынцыпаў. Таксама зроблены вопыты ўвядзеньня гэтых прынцыпаў у навукова-практычную працу клінікі.

Прамоўцамі быў высунут шэраг прапаноў і пажаданьняў у напрамку сынтэтычнага лячэбна-прафіляктычнага характару клінічнага выкладаньня. Было прапанована ва ўсіх клініках удзяляць значна больш увагі, чымся да гэтага часу, амбуляторыям. Важнае значэньне амбуляторыі ў справе падрыхтоўкі студэнта да будучай самастойнай дзейнасьці ілюстравалася на вопыце Паліклінікі 1-га МГУ (праф. Рассійскі). Апошняй ужо праароблены сумесна з катэдрай сацыяльнай гігіены і МГУ

становўчы па выніках вопыт пастаноўкі выкладаньня пад дыспансэрызацыйна-прафіляктычным пунктам погляду. Абслужанымі групамі насельніцтва для Паліклінікі зьявіліся рабочыя Шпульнай фабрыкі і служачыя і рабочыя клінік і МГУ.

У адносіне ўсёй працы клінік былі высунуты desiderata д-рам Р. В. Хэсіным: не рабіць процістаўленьня лячэбнай і прафіляктычнай працы ў клініцы; клініцыстам набыць некаторы мінімум ведаў у аналізе сацыяльных бакоў клінічных выпадкаў; для гэтага, хоць бы на першы час пасьля пераходу на новыя мэтады працы, самім дактаром (і студэнтам, якія навучаюцца ў клініцы) удзельнічаць у вывучэньні сацыяльна-бытавых і прафэсыянальных умоў хворых, каб потым правідлова кіраваць працай сясьцёр-абсьледвальніц; устанавіць сувязь клінікі з рабочымі арганізацыямі і з агульнай мэдычна-санітарнай арганізацыяй; скласьці схэму гісторыі хваробы, у якой увага павінна быць фіксавана і на пытаньнях працы і быту.

У выніку абгаварэньня гэтых пытаньняў нарадай выкладчыкаў ад 14-XI была прынята наступная пастанова:

1. Абвясьціць у друку справаздачу аб нарадзе 14-XI—28 г. (гл. зб. „Социальная гигиена“ № 1 (15) 1929 г.).

2. Далейшую перапрацоўку праграмных і арганізацыйных пытаньняў выкладаньня клінічных дысцыплін пад прафіляктычным пунктам погляду весьці ў нарадах выкладчыкаў па паасобных дысцыплінах.

3. Лічыць істотна важным: а) зварот асаблівай увагі на працу амбуляторый, клінік і на арганізацыю патранажа; б) устанаўленьне арганізацыйнай сувязі клінік з навуковымі і практычнымі ўстановамі і органамі аховы здароўя.

4. Наступную агульную нараду для заслуханьня вынікаў нарадаў па паасобных дысцыплінах склікаць у канцы бягучага сэмэстру.

5. Прапанаваць сталаму Бюро прафіляктычных катэдраў, улічваючы абмен думак у гэтай нарадзе, падрыхтаваць далейшыя крокі ў напрамку прыданьня прафіляктычнага ўхілу выкладаньню клінічных дысцыплін.

Групы для перапрацоўкі новых праграм выкладаньня па паасобных дысцыплінах даручана арганізаваць наступным выкладчыкам:

Па клініцы	інфэкцыйных хваробаў		праф.	Марцыноўскаму
„ „	унутраных	„	„	Рассійскаму.
„ „	хірургічнай	„	„	Левіту.
„ „	дзіцячых	„	„	Кіселю.
„ „	псыхіатрычных і нэрвовых хвар.		„	Сеппу.
„ „	скурных і вэнэрычных	„	„	Мяшчэрскаму.
„ „	акушэрскай і гінэкалёгічнай	„	„	Кудрыноўскаму.

На паседжаньні Таварыства дактароў матар'ялістых ад 15-XII г./г. пастаноўлена падтрымаць ініцыятыву Бюро прафіляктычных катэдраў і абавязаць клініcтаў сябраў Таварыства прыняць актыўны ўдзел у працы памянёных груп і заклікаць да гэтага-ж таварышоў, якія наведваюць паседжаньні таварыства.

Абсьледаваньне рабочых бровару „Беларусь“ у Менску.

(З клінікі прафэсыйных хвароб.—Загадчык С. М. Ефім‘яў).

С. М. Ефім‘яў і Б. Б. Мішчэнка.

Бровар „Беларусь“ знаходзіцца ў г. Менску на рагу Старажоўскай і Камунальнай вуліц. Завод існуе з 1893 г. Да рэволюцыі ён належаў прыватным уласьнікам. У 1918 годзе завод быў нацыяналізаваны і з 1921 г. перайшоў у веданьне Харчтрэсту. Да нацыяналізацыі ён быў напалову зруйнаваным і з 1915 году ня дзейнічаў. З таго часу, як ён перайшоў у веданьне Харчтрэсту, зроблены рэмонт і пераабсталяваньне заводу: пабудаваны новае кацельнае аддзяленьне, мэханічная і бандарная майстэрні з разьдзявальняй. Пастаўлены некаторыя новыя фасы, брузавальныя чапы, запасныя бакі для вады, маторы і інш. абсталяваньне. Рэгулярна завод пачаў дзейнічаць з 1923 г. У 1926 г. завод вырабіў 425.000 вёдзер піва, што перавышае яго даваенную вырабку, якая ў 1913 г. была роўнай 315.000 вёдзер у год.

Лік рабочых і служачых больш 100 чалавек. Сярэдні заработак рабочага 59 руб. у месяц.

Завод займае дзялянку зямлі ў 12.586 кв. м. На тэрыторыі заводу знаходзяцца 2 мураваныя будынкі завадзкога корпусу, дзеравяны дом, дзе зьмяшчаецца завадзкі камітэт і клюб, кузьня, майстэрні сталярная і бандарная, дзеравяныя паветкі, стайня для коняй, убіральня, вазоўня для пажарнага абозу, вартавальная будка. На двары ёсьць невялічкі садок з пляцоўкаю для гульняў і дзеравянаю агароджаю. Двор замошчаны няпоўнасьцю. У некалькіх месцах складзены дровы, бочкі, пабітыя бутэлькі. На двары адбываецца нагрузка падвод скрынямі з півам, колка лёду, смолка бочак. Рэйкавых шляхоў на двары няма. Каля лядоўні маецца падымальная машына для набіваньня яе лёдам. У мэханічнай майстэрні стаіць круглы дзеравяны чоп для распарваньня клёпак, на двары маюцца тры чапы, ёмістасьцю 300 вёдзер для пажарных мэт, бочкі пажарныя, каля сьцяны завадзкога корпусу знаходзяцца пажарныя рукавы ў дзеравяных скрынях. На двары-ж знаходзіцца печ для тапленьня смалы пры смолцы бочак. Двор асьвятляецца 4-ма электрычнымі ліхтарамі. Каля варыльнага аддзяленьня стаіць дзеравяная скрыня для саладзіны. Для сьмяцьця маецца адна незакрытая дзеравяная скрыня. Двор абкружаны дзеравяным плотам з галоўнымі варотамі на Старажоўскую вуліцу. Завадзкі корпус ёсьць мураваны 3-павярховы будынак, крыты бляхаю. Сьцены з цэглы, не абтынкаваны знадворку. Да галоўнага завадзкога корпусу далучаецца аднапавярховае кацельнае і машыннае аддзяленьне і мураванае аднапавярховае памяшчэньне, у якім зьмешчаны саладзільня і склад для зярна. Побач разьмяшчаецца дзеравяны аднапавярховы будынак з падвальным памяшчэньнем—другая саладзільня. У галоўным корпусе зьмяшчаюцца наступныя аддзяленьні: варыльнае, апаратнае, 2 сушні

з качагаркаю, трыернае, арфавальнае, вальцовае, склады для зярна, тры саладзільні, машыннае, кацельнае, кантора і кватэра півавара. Другі аднапавярховы мураваны будынак з падвалам. Да яго далучаецца высокі мураваны будынак-лядоўня. Сьцены з цэглы, знадворку абтынкаваны і пабелены. У гэтым будынку зьмяшчаюцца наступныя аддзяленьні: вымывальня бочак, брузавальня, фільтравальнае, вымывальня бутэлек і разьлівальнае. У падвале—лагернае аддзяленьне. Лядоўня высокая, глухою сьцяною выходзіць на Камунальную вуліцу. Над яе дахам узвышаюцца 8 вэнтыл. труб з жалезнымі флюгэрамі. На заводзе маецца вадаправод. Крыніцаю вадазабесьпячэньня зьяўляецца артэзіянскі калодзеж 22-х саж. глыбіні. Цяпер ужо выкапаны другі калодзеж, глыбінёю 26 саж. З калодзежаў вада напампоўваецца па трубах у 2 запасныя бакі, якія знаходзяцца на самым версе завадзкога будынку, у памяшчэньні між дахам і стольлю, і адсюль вада па трубах разыходзіцца па ўсім будынку. У суткі спажываецца каля 20 тыс. вёдзер вады. Для адводу сьцёчнае вады маецца мясцовая каналізацыя. Сьцёчная вада па трубах адводзіцца ў калодзежы. Усяго на двары маецца 7 сьцёчных калодзежаў з фільтрамі. Вада, якая скарыстана па сьцёчных трубах, адводзіцца ў ручай на Камароўскім балоце (прытока ракі Сьвіслачы). Адкідкамі вытворчасьці зьяўляюцца нягодныя піўныя дрожджы, якія ў бочках вывозяцца на поле, саладзіна, якая купляецца для кармленьня жывёлы, і хмель, які быў у ўжываньні. Убіральні выграбныя на 8 дзірак знаходзяцца ў канцы двара, даглядаюцца чыста.

Апісаньне вытворчага працэсу.

Мэтаю вытворчага працэсу зьяўляецца выраб добраякаснага піва. Асноўная сыравізна вытворчасьці—гэта ячмень, з якога вырабляюць солад. З складу зярно пры дапамозе элеватара ідзе на трыер для ачышчэньня ад пылу, а з трыеру ў саладзільні, дзе зярно замочваюць у мачыльных чапох на працягу 3-х сутак. Пасьля замочкі зярно раскідаецца роўным пластом па саладзільні для прарастваньня, г. зн. ператварэньне яго ў солад, на што патрабуецца 8 сутак. Гатовы солад з саладзільняй падаецца падымальнаю машынаю на сушні, дзе ён сушыцца 16 гадзін пры тэмпэратуры 35°—60° Р. (8 гадзін ён знаходзіцца ў верхняй сушні і 8 гадзін у ніжнэй сушні). Сухі солад з ніжняй сушні паступае ў арфу—барабан, які верціцца і прыстасаваны для адбіваньня паросткаў соладу і ачышчэньня яго ад пылу. Парасткі могуць надаць няпрыемны смак піву, а таму іх выдаляюць. Пасьля арфы сухі солад з адбітымі паросткамі паступае на вальцы, дзе ён размолваецца. Размолаты солад ідзе ў варыльнае аддзяленьне ў заторны чоп, куды наліваюць гарачай вады ў 42°. Пускаюць у дзеяньне мэханічную мешалку на ¼ гадзіны, потым з заторнага чопу ўся маса спускаецца ў кашаварыльны чоп, які знаходзіцца ніжэй у гэтым-жа аддзяленьні. Пад кашаварыльным чопам маецца печ. У кашаварыльным чопе заторная маса закіпае і кіпіць мінут 15 і разьмешваецца мэханічна. З кашаварыльнага чопу заторная маса ідзе назад у заторны чоп, потым з заторнага чопу пускаецца на працягу 20 мінут па трубах уніз і ўгару, што называецца градыроўкай. Труба, па якой заторная маса ідзе ўніз, спускаецца ў ніжні паверх варыльнага аддзяленьня, потым помпаю заторная маса напампоўваецца па другой трубе ўгару ў заторны чоп. Пасьля градыроўкі заторная маса ідзе паўторна ў кашаварыльны чоп, зноў кіпіць і зноў пераходзіць у заторны чоп, паўторна градыруецца і тады з заторнага чопу паступае ў фільтравальны чоп, дзе вадкая частка ці сусла адлучаецца ад гушчы ці саладзіны. У часе варкі

ў кашаварыльным, заторным чапох і пры градыроўцы вытвараецца абцукраваньне затору, г. зн. ператварэньне крухмалу соладу пад уплывам фэрмэнта дыастазы ў цукар, мальтозу. Сусла з фільтравальнага чопу пастулае ў суславарыльны чоп, пад якім таксама маецца печ. Сюды дадаюць хмель. Сусла разам з хмелем кіпіць у суславарыльным чопе каля 3-х гадзін, пасьля чаго хмель адцэджваецца ад сусла ў асобным чопе—цадзільніку, а сусла па трубах ідзе ў бак, дзе яно адцэджваецца і крыху ахалоджваецца з 96° да 90° прыблізна. З баку сусла пастулае на халадзільны апарат, дзе яно ахалоджваецца да 6°. Ахалоджанае сусла пастулае ў брузавальню ў брузавальныя чапы, куды запускаюцца піўныя дрожджы, разьведзеныя суслам. Пад уплывам дражджэй у чапох адбываецца процэс брузаваньня з ператварэньнем мальтозы ў сьпірытус. На 3-ці дзень брузаваньня ў брузавальныя чапы кладуць лёд для ахаладжэньня. Брузаваньне цягнецца 7 дзён. З брузавальных чапоў піва пастулае ў лагер у аграмадныя бочкі—фасы, куды таксама запускаюць дрожджы з суслам. Піва ў фасах дабрузвае 3—5 тыдняў, атрымліваючы пэўную моцнасьць і вытрыманасьць. Гатовае піва з фасаў напампоўваецца помпаю ў фільтравальнае аддзяленьне, фільтруецца праз асобную фільтр—масу, робіцца празрыстым і разьліваецца ў бутэлькі і бочкі.

Вырабляецца піва двох сартоў: сьветлае і чорнае, моцнасьцю ў $2^1/_2$—3°.

Кароткія санітарныя характарыстыкі профэсый.

Санітарная характарыстыка профэсыі трыерніка.

Работа адбываецца ў трыерным аддзяленьні і ў сьвірнях. Разьмеры трыернага аддзяленьня: даўжыня 12,18 м., шырыня 4,16 м., вышыня 2,88 м., плошча 50,66 кв. м., кубатура 145,90 куб. м. Аддзяленьне абслугоўваецца адным трыернікам. Сьцены памяшчэньня брудныя, нябеленыя. Столь таксама брудная, падлога дзеравяная, вельмі брудная. Усюды шмат пылу. Маецца 2 невялікія вакны з вельмі бруднымі шыбамі. Сьветлавы коэфіцыент раўняецца 1 : 33. Штучнае асьвятленьне—гарань 2 электрычныя лямпачкі ў 25 сьвечак. Ацяпленьня няма, вэнтыляцыі таксама няма. У памяшчэньні знаходзіцца трыер, пры дапамозе якога робіцца ачышчэньне зярна ад пылу і бруду. Зярно пастулае ў трыер з складу па трубах элеватара.

Апісаньне работы трыерніка.

Трыернік загружае зярном завальную яму, якая знаходзіцца ў складзе для зярна. З завальнае ямы зярно пастулае на элеватар і ідзе элеватарам у трыер. За зьмену трыерніку прыходзіцца перанесьці на сваёй сьпіне каля 6400 кілё зярна, носячы яго 64—80 кіл. мяшкамі. Пры высыпаньні мяшкоў з зярном у яму зьяўляецца шмат расьліннага пылу. У трыерным аддзяленьні трыернік пускае ў дзеяньне трыер, сочыць за ходам машыны, змазвае яе і прыбірае пыл, які зьбіраецца каля трыеру. Пры рабоце трыера ў памяшчэньні зьяўляецца шмат пылу.

Шкоднасьці: 1) пераноска цяжараў, 2) пыльнасьць памяшчэньня, 3) работа стоячы і сагнуўшыся пры пераношваньні цяжараў, 4) скразьнякі ў сьвірнях, 5) стук ад машын, 6) забруджаньне скуры і адзежы пылам, 7) нізкая тэмпэратура ў памяшчэньні, зімою 2°С. Паказаньні сухогаката зімою 27,1.

Санітарная характарыстыка профэсыі саладзільніка.

Работа адбываецца ў трох саладзільнях, з іх дзьве разьмешчаны ў падвальным памяшчэньні і адна верхняя ў напалову падвальным. Разьмеры верхняй саладзільні і разьмешчанай пад ёю ніжняй саладзільні наступныя: даўжыня 25,67 м., шырыня 14,29 м., вышыня 2,56 м., плошча—365,82 кв. м., кубатура 936,49 куб. м.

Пры рабоце двох саладзільнікаў, на кожнага прыпадае кубатуры 468 куб. м. Трэцяя саладзільня, якая знаходзіцца ўнізе, мае разьмеры: даўжыня 18,77 м., шырыня 12,26 м., вышыня 2,34 м., плошча 230,12 кв. м., кубатура 538,48 куб. м.

Абедзьве ніжнія саладзільні аддзяляюцца адна ад аднэй калідорам шырынёю 2,66 м. і даўжынёю 13,22 м. Сьцены і столь саладзільняй беленыя, чыстыя, сырыя. Падлогі цэмантовыя. Натуральнае асьвятленьне рэзка недастатковае. У верхняй саладзільні маецца 10 маленькіх вакон (1,06×0,85 м.). Сьветлавы коэфіцыент раўняецца 1 : 40, у сапраўднасьці-ж ён меншы, таму што вокны ніжэй узроўню грунту.

У другой саладзільні маецца 6 вакон, сьветлавы коэфіцыент раўняецца 1 : 102, а ў трэцяй саладзільні сьветлавы коэфіцыент 1 : 85, тут вокны (падвал) даюць толькі слабое адбітае сьвятло. У кожнай саладзільні гарыць 4—6 электрычных лямпачак у 25—35 сьвечак удзень і ноччу. Ацяпленьня няма. Вэнтыляцыі таксама няма. Вэнтылюецца памяшчэньне пры дапамозе адчыненьня вакон. У сьцяне маюцца адтуліны, але яны забіты. У верхняй саладзільні каля аднэй з сьцен знаходзяцца тры мачыльныя чапы, кожны зьмяшчальнасьцю ў 6.400 кілё зярна, даўжынёю і шырынёю ў 4,26 м. Тут-жа знаходзяцца тачкі, у якіх адвозяць солад на вінду—падымальнік. З верхняй саладзільні ў ніжнюю вядуць пакручастыя дзеравяныя сходы на 15 сходак. У верхняй саладзільні маюцца адны дзьверы на знадворак і дзьверы на пляцок вінды. Вільготнасьць паветра саладзільні адносная ад 86% пры t° 7° да 91% пры t° 20°. Паказаньні сухога ката ў чэрвені месяцы 5,9 і вільготнага 12,7. Зімою: t°5, адносная вільготнасьць 95—100%, сухі ката 10,4, вільготны ката 22,3.

Апісаньне работы саладзільніка.

Работа саладзільніка заключаецца, галоўным чынам, у перакіданьні соладу, які раскідаецца рыдлёўкамі па падлозе саладзільні роўным пластом. Перакіданьне мае мэтаю перашкаджаць лішняму награваньню соладу. Солад перакідаецца кожныя 4 гадзіны. Усяго за зьмену кожнаму саладзільніку прыходзіцца перакінуць 25.600—19.800 кілё соладу. Пры перакіданьні прыходзіцца працаваць нагнуўшыся, работа гэтая патрабуе вялікага фізычнага напруджаньня.

Рашчэньне соладу цягнецца 8—9 сутак. Калі солад ужо гатоў, саладзільнікі рыдлёўкамі нагружаюць яго ў тачкі, адвозяць тачкі на пляцок вінды, якая падымае тачкі з соладам на сушню. Усяго нагружаюць за зьмену да 25 тачак. Адзін з саладзільнікаў замочвае зярно ў мачыльных чапох. Мачыльныя чапы напаўняюцца вадою і па трубе спускаецца туды зярно для замочваньня. Саладзільнік, стоячы на дзеравянай пераkладзіне, шырынёю 0,47 м., разьмешвае дзеравянаю мешалкаю тое, што знаходзіцца ў чопе. На паверхню вады пры гэтым усплывае луска, нягоднае лёгкае зярно, так званыя „сплаўкі“. Саладзільнік здымае гэтыя сплаўкі дзеравяным шуфлікам і скідае іх на падлогу. Адсюль яны забіраюцца пакупнікамі для кармленьня жывёлы. Пры замочваньні саладзільнік працуе нагнуўшыся над мачыльным чопам, рукі

яго знаходзяцца ў халоднай вадзе. Зярно застаецца ў мачыльных чапох 3 сутак. Саладзільнікі прымаюць выгружанае з мачыльных чапоў зярно ў тачкі і развозяць яго па саладзільнях, высыпаючы на падлогу. Потым гэтае зярно раскідаецца роўным пластом па саладзільні. Саладзільнікі мыюць чапы для замочваньня.

Шкоднасьці: 1) вялікае напруджаньне мускулаў пры перакіданьні соладу, 2) сырасьць памяшчэньня, 3) зусім недастатковае асьвятленьне, 4) нізкая тэмпэратура ў памяшчэньні, зімою ня вышэй $+8^{\circ}$ Р., 5) работа стоячы і нагнуўшыся.

Санітарная характарыстыка профэсыі сушняка.

Работа адбываецца ў 2-х сушнях, верхняй і ніжняй, якія знаходзяцца адна над аднэй так, што падлога ў выглядзе мэталічнай сеткі верхняй сушні зьяўляецца стольлю для ніжняй сушні. Разьмеры іх аднолькавыя: даўжыня 6 м., шырыня 5,75 м., вышыня ніжняй 3 м., вышыня верхняй—7,30 м., плошча 34,50 кв. м. Кубатура ніжняй сушні 103,50 куб. м., а кубатура верхняй 251,85 куб. м. Падлога ніжняй сушні выяўляе сабою таксама мэталічную сетку. Пад сушняй зьмяшчаецца качагарка з вялікаю печчу, якая абагравае сушні. У сушнях сушыцца вільготны солад, які паступае з саладзільняй. Сьцены сушні беленыя, чыстыя, столь таксама. У верхняй сушні купалападобная столь заканчваецца выцяжным каўпаком. У кожнай сушні маюцца адны ўваходныя дзьверы. Асьвятленьне цераз адно маленькае вакенца. Сьветлавы коэфіцыент у сушнях раўняецца 1 : 82, асьвятленьне недастатковае. Гарыць у кожнай сушні па аднэй электрычнай лямпачцы ў 25 сьвечак. З прычыны заўсёднага прыцёку падагрэтага паветра цераз падлогу, у сушнях тэмпэратура надта высокая, ад 35 да 60° Р. У часе работы (перакіданьня соладу) у паветры зьяўляецца шмат сухога расьліннага пылу, які запаўняе нос, рот, вочы і пакрывае скуру і адзежу сушняка.

Побач з ніжняй сушняй знаходзіцца пакой для адпачынку сушнякоў, дзе маюцца стол, лаўкі і шафы для хаваньня адзежы. Умывальніка і пасудзіны з гатаванаю вадою няма. Пры 55° t° сухі ката награваецца да 17,1, а вільготны паказвае 4,1, г. зн. умовы аддачы цяпла зусім ненармальныя.

Апісаньне работы сушняка.

Сушні абслугоўваюцца двума сушнякамі. Сушнякам прыходзіцца кожную гадзіну перакідаць солад на верхняй і ніжняй сушнях, што цягнецца 10—15 мінут. Кожнаму з іх прыходзіцца перакінуць па 24.000 к. соладу за зьмену. У часе работы тэмпэратура ў сушні роўна 35—66°. Напруджаньне мускулаў у часе перакіданьня соладу пры такой гарачыні выклікае вялікае потааддзяленьне: пот льлецца градам і сушняк выходзіць з сушні ўвесь мокры. Сушняк працуе завязаўшы хустачкаю ніжнюю палову твару, каб сухі гарачы пыл не забіваўся ўсюды. Сушнякі сочаць па тэрмомэтру за тэмпэратурай ў сушнях, каб яна падтрымлівалася на пэўнай вышыні. Для гэтага сушнякі час ад часу спускаюцца ў качагарку, дзе вялікі скразьняк, і падкладваюць дровы ў печ. Вакно ў качагарцы забіта толькі краткамі і знаходзіцца супраць заўсёды адчыненых на знадворак дзьвярэй. Сушняк, часта нават яшчэ потны і неастыглы, пры ўваходзе ў качагарку ахапляецца скразьняком. Апрача таго абавязкам сушнякоў зьяўляецца апаражненьне сушняй ад сухога соладу і напаўненьня іх зноў вільготным соладам. Пачынаецца выкідваньне з ніжняй сушні, адкуль суш-

някі (2 чалавекі) выкідаюць сухі солад дзеравянымі шуфлямі цераз дзіру ў сьцяне. Солад цераз гэтую дзіру пападае ў коўш, побач з арфай. Выкідваньне адбываецца пры адчыненых дзьвярах і вакне, тэмпэратура памяншэньня ў гэты час роўна 49°Р. Цягнецца гэтая работа мінут 20, таму што з-за пылу і гарачыні сушнякі стараюцца працаваць хутка, каб скарэй выйсьці адтуль. Пасьля невялікага адпачынку ў некалькі мінут (10—5) сушнякі падымаюцца ў верхнюю сушню і спускаюць адтуль солад у ніжнюю сушню, падкідаючы яго рыдлёўкамі да адтуліны, якая адчыняецца пасярэдзіне сеткі падлогі. Работа ў гэтай сушні патрабуе яшчэ большага фізычнага напруджаньня, таму што пласт соладу больш цяжкі, тэмпэратура тут крыху ніжэй— 45° і выкідваньне цягнецца таксама мінут 20. Адпачыўшы мінут 5—10, сушнякі спускаюцца ў ніжнюю сушню і раскідаюць солад, спушчаны з верхняй сушні, роўным пластом па ўсёй сушні, што таксама цягнецца мінут 15—20. Пасьля гэтага сушнякі зноў падымаюцца наверх, дзе яны прымаюць солад, які паступае ў тачках на падымальнай машыне з саладзільняй. Сушнякі здымаюць тачку з пляцка вінды, укочваюць яе ў верхнюю сушню, выварочваюць яе там і ставяць тачку зноў на вінду, спускаючы яе ўніз. Такім чынам, сушнякі прымаюць тачак 20—25 з соладам і, высыпаўшы іх ў сушню, пачынаюць раскідаць рыдлёўкаю солад роўным пластом па ўсёй сушні. Летам з-за гарачыні работа сушняка яшчэ больш цяжкая. Часам пападаецца нядобраякасны солад, які дае пры перакідваньні пыл, што выклікае ваніты.

Да шкоднасьцяй работы сушняка належыць аднесьці: 1) работа пры празьмерна высокай тэмпэратуры ў 55—60°, 2) удыханьне сухога расьліннага пылу ў вялікай колькасьці, 3) вялікае напруджаньне мускулаў пры перакідваньні, выкідваньні соладу, 4) небясьпека прастуды пры абслугоўваньні качагаркі, 5) вялікае потааддзяленьне пры рабоце, 6) рэзкія пераходы з гарачага памяшчэньня—сушні ў халоднае (качагарка).

Санітарная характарыстыка профэсыі арфавальніка.

Работа адбываецца ў памяшчэньні між стольлю і дахам побач з верхняй сушняй. Разьмеры памяшчэньня: даўжыня 13,18 м., шырыня 14,7 м., вышыня 2,68 м., плошча памяшчэньня 193,74 кв. м. Кубатура 519,22 куб. м. Сьцены беленыя па цэглінах, вельмі брудныя і ў пылу. Дах крыты дошкамі. Падлога дзеравяная, брудная. Маецца 4 дзьвярэй: на сушню, у склад, у пакой для адпачынку і ў калідор. Асьвятленьне натуральнае, вельмі слабое, цераз 2 вакны. Сьветлавы коэфіцыент раўняецца 1:96. Штучнае асьвятленьне—гарыць адна лямпачка ў 25 сьвечак над арфай. Ацяпленьня няма. Маецца вэнтылятар, які ня дзейнічае, і камора для пылу, дзе сабіраецца пыл ад арфы. Арфа служыць для адбіваньня паросткаў ад сухога соладу. Гэта барабан, які верціцца, зьмешчаны ў дзеравяную скрыню, куды пры дапамозе элеватара паступае солад, які выкінулі з сушні. У барабане маюцца прылады для адбіваньня паросткаў. Адбітыя паросткі па трубе элеватара ідуць у склад, які знаходзіцца ўнізе, і пападаюць у мяшкі, якія арфавальнік прывязвае да канца трубы элеватара. Калі мяшок напаўняецца, арфавальнік здымае яго, завязвае і складае ў кучу. Солад без паросткаў па другой трубе элеватара паступае таксама ў склад, падаючы кучаю на падлогу. Калі куча робіцца вельмі высокаю арфавальнік рыдлёўкаю раскідае яе. Арфавальнік сочыць за ходам арфы, за яе нагрузкаю зярном. Змазвае яе два разы за зьмену, а разы 2 у тыдзень чысьціць яе ад насабіранага пылу. Арфа прыво-

дзіцца ў рух маторам, які знаходзіцца тут-жа, і таксама чысьціцца і змазваецца арфавальнікам. Пры рабоце арфы ў паветра паступае пыл. Зімою ў памяшчэньні скразьнякі і холадна, а летам гарачыня ад нагрэтага даху. Пры рабоце арфы маецца лёгкае страсеньне падлогі і стук. Адносная вільготнасьць ад 38 да 54% пры t° 26—28°C. Сухі ката 2,7, вільготны 12 (чэрвень месяц). Зімою: t° 6—9°, сухі ката 13,0, вільготны 21,5.

Шкоднасьці: 1) пыл, 2) зімою нізкая тэмпэратура і скразьнякі, 3) недастатковае асьвятленьне, 4) стук ад машыны, 5) страсеньне падлогі.

Санітарная характарыстыка профэсыі солададрабільніка ці вальцавальніка.

Работа адбываецца ў вялікім памяшчэньні між дахам і стольлю. Разьмеры яго: даўжыня 19,52 м., шырыня 17,21 м., вышыня 3,9 м., плошча 335,93 кв. м., кубатура 1310,12 куб. м.

Памяшчэньне абслугоўваецца адным солададрабільнікам. Сьцены памяшчэньня брудныя, запыленыя. Дах двохпакатны, пакрыты дошкамі. Падлога часткова цэмантовая, часткова дзеравяная. Маецца 15 вакон, з іх 7 вакон заўсёды зачынены ваконіцамі, а 8 вакон адчынены. Шыбы ў многіх вокнах пабіты. Апрача таго маюцца вокны ў даху. Сьветлавы коэфіцыэнт раўняецца 1 : 30. Штучнае асьвятленьне—гарацъ 2 электрычныя лямпачкі ў 25 сьвечак. Ацяпленьня няма. Зімою вельмі холадна, скразьнякі. У столі маецца выцяжная труба з каўпаком, у памяшчэньні знаходзіцца солададрабілка ці вальцы для драбленьня сухога соладу. Тут-жа знаходзяцца 2 бакі—запасьнікі для вады. Маюцца адны дзьверы ў калідор.

Апісаньне работы солададрабільніка.

Работа адбываецца ў адну зьмену, рэдка ў дзьве зьмены. Каля вальцаў маецца дзеравянная скрыня—коўш, куды солададрабільнік засыпае сухі солад. Сухі солад, ачышчаны арфаю ад паросткаў, заносяць у мяшкох у вальцавое аддзяленьне і складаюць недалёка ад каўша. Вальцавальнік ці солададрабільнік бярэ мяшок, нясе яго перад сабою крокаў 5—10 да каўша, куды высыпае яго. Пры высыпаньні зярна ўтвараецца сухі пыл. За зьмену солададрабільнік засыпае ў коўш 3680 к.—5520 к. соладу. З каўша солад пры дапамозе элеватара паступае на вальцы. Солададрабільнік пускае ў ход вальцы і назірае, як яны мелюць. Ён узыходзіць па сходах і дастае з скрыні размолатае зярно і глядзіць, як яно змалолася. Пры рабоце вальцаў у памяшчэньні паступае шмат пылу. З скрыні размолатае зярно ідзе па трубах у заторны чоп.

Шкоднасьці: 1) пыл у памяшчэньні, 2) скразьнякі, нізкая тэмпэратура памяшчэньня, зімою 5—7°C. Сухі ката 15,0, вільготны 25,7, 3) стук ад машыны, 4) лёгкае страсеньне падлогі каля вальцаў, 5) напруджаньне мускулаў пры загрузцы каўша.

Санітарная характарыстыка профэсіі заторніка.

Работа адбываецца ў заторна-варыльным аддзяленьні, якое займае два паверхі, неадлучаныя стольлю. Разьмеры памяшчэньня: даўжыня 11,66 м., шырыня 11,50 м., вышыня 8,15 м., плошча 134,09 кв. м. Кубатура—1092,83 куб. м. За вылічэньнем аб'ёму ўсіх чапоў, што

знаходзяцца ў аддзяленьні, кубатура яго роўна 1061 куб. м. На аднаго чалавека з трох, якія працуюць, прыпадае кубатуры 353 к.м. Сьцены і столь беленыя, сырыя. Падлога памяшчэньня цэмантовая, мокрая, У памяшчэньні маюцца 4 дзьвярэй. Адны выходныя дзьверы адчыняюцца на знадворак, другія вядуць у машыннае аддзяленьне, трэція дзьверы вядуць з самага верхняга пляцка ў апаратнае адзяленьне, а чацьвертыя ўнізе—вядуць у качагарку варыльнага аддзяленьня. З ніжняга паверху жалезныя сходы на 12 сходак вядуць на дзеравяны пляцок, які абкружае кашаварыльны і суславарыльны чапы. Кашаварыльны чоп даўжынёю 2,73 м., шырынёю 2,17 м., вышынёю 0,89 м. Суславарыльны чоп, даўжынёю 4,2 м., шырынёю 3 м., вышынёю 0,98 м. Другія жалезныя сходы на 8 сходак вядуць на пляцок з дошчак, які абкружае вялікі круглы фільтравальны чоп, дыамэтрам у 3,54 м. і вышынёю 0,74 м. Трэція сходы на 8 сходак вядуць на трэці пляцок з дошчак, які абкружае заторны чоп, вышынёю 1,23 м. і дыамэтрам 2 м. Асьвятленьне натуральнае: маецца 3 вакны ўнізе, але трэцяе амаль усё забіта бляхай. Наверсе таксама маецца 3 вакны. Сьветлавы коэфіцыент унізе раўняецца 1 : 31, а наверсе 1 : 21. Асьвятленьне недастатковае. Штучнае асьвятленьне—гарaць 3 электрычныя лямпачкі. Ацяпленьня няма. Вэнтыляцыя робіцца пры дапамозе выцяжных каўпакоў без пабуджальнікаў над суславарыльным і кашаварыльным чапамі, але выцяжка недастаткова і ў памяшчэньні шмат пары, асабліва пры апаражненьні суславарыльнага чопу. У знадворнай сьцяне маецца наверсе электрычны вэнтылятар, які ня дзейнічае. З качагаркі варыльнага аддзяленьня праходзіць у памяшчэньне дым, асабліва калі вымаюць агонь з печак і тушаць дровы. У качагарцы маюцца дзьве печы пад кашаварыльным і суславарыльным чапамі. Адносная вільготнасьць 70,47% пры t° 19,2°, 68% пры t° 26,7°. Сухіката 3,2, вільготны 13 (летам). Зімою: t° 21,5—24,5°. Адносная вільготнасьць 80-92-100% сухі ката 3,4—5,2, вільготны 11,4—15,1.

Апісаньне работы заторніка і яго памочніка.

Работа заторніка складаецца з наступных момантаў: 1) зацірка затору, 2) вымываньне заторнага чопу, 3) выкідваньне саладзіны і вымываньне фільтравальнага чопу, 4) фільтраваньне затору, 5) напаўненьне, кіпячэньне і апаражненьне суславарыльнага чопу. Вымываньне яго, 6) назіраньне за печамі ў качагарцы варыльнага аддзяленьня.

Зацірка затору. Заторнік пускае ў заторны чоп гарачую ваду ў 42°, потым пускае па трубе молаты солад з вальцавога аддзяленьня і прыводзіць у рух мэханічную мешалку мінут на 10. Пасьля чаго спыняе мешалку і пераводзіць па трубе заторную масу ў кашаварыльны чоп, дзе таксама прыводзіцца ў рух мэханічная мешалка разам з жалезным ланцугом. Па зьмеявіку пускаецца гарачая пара. Заторнік ці яго памочнік падкладаюць дровы ў печ кашаварыльнага чопу. Маса закіпае і кіпіць мінут 15 у кашаварыльным чопе, пасьля чаго помпаю заторная маса перапампоўваецца ў заторны чоп, дзе зноў пускаюць у рух мэханічную мешалку. Потым робяць так званую градыроўку, г. зн. шматразовае прапусканьне заторнай масы з заторнага чопу па трубах уніз і ўгару. Пасьля градыроўкі пускаюць заторную масу паўторна ў кашаварыльны чоп, дзе яна зноў кіпіць мінут 15. Пасьля чаго пераводзяць яе ў заторны чоп і зноў градыруюць каля поўгадзіны і тады ўжо пускаюць заторную масу ў фільтравальны чоп. У фільтравальным чопе адбываецца аддзяленьне вадкай масы, г. зн. сусла ад гушчы ці саладзіны. Сусла працэджваецца цераз дзіркі бронзавых пласткоў, якімі

выслана дно фільтравальнага чопу, і па трубах паступае цераз фільтравальныя кранцікі ў медзяное зьбіральнае карыта, адкуль па спускной трубе ідзе ў суславарыльны чоп. Да пачатку фільтраваньня заторнік вычышчае медзяное карыта і фільтравальныя кранцікі, прамывае вадамернае шкло, якое там-жа знаходзіцца. У часе фільтраваньня заторнік некалькі раз пускае ваду ў фільтравальны чоп. Для таго, каб сачыць за ходам фільтраваньня, заторнік адчыняе фільтравальныя кранцікі. Калі сусла ідзе мутнае, дык заторнік ручною помпаю пампуе яго назад у фільтравальны чоп. Часам, каб паскорыць фільтраваньне, прыходзіцца перамяшаць усё, што зьмяшчаецца ў фільтравальным чопе. Заторнік і яго памочнік становяцца з двох бакоў чопу і даўгімі дзеравянымі мешалкамі падымаюць з дна і перамешваюць зьляжалую саладзіну, што патрабуе вялікага фізычнага напруджаньня. Калі з фільтравальных кранцікаў пачынае ісьці празрыстае сусла, заторнік прыладжвае трубу да карыта і пускае сусла ў суславарыльны чоп. Па сканчэньні фільтраваньня ў фільтравальным чопе застаецца адна саладзіна, якую выкідаюць цераз дзіру ў чопе. Саладзіна па трубе пападае на двор, адкуль яе разьбіраюць на кармленьне жывёлы. Выкідваньне саладзіны робіцца памочнікам заторніка і яшчэ адным рабочым, які прыходзіць дапамагаць пры выкідваньні. Стоячы ў чопе, яны дзеравянымі шуфлямі кідаюць саладзіну да выходнае дзіры, пакуль у ім нічога не застанецца. Работа гэтая вельмі мардоўная і цяжкая. Пасьля выкідваньня яны мыюць чоп. Бронзавыя сіты вымаюцца і кожнае паасобна мыецца шчоткаю і вадою з рукава. Потым мыюцца шчоткаю сьценкі чопу. Сіты зноў укладваюцца на дно фільтравальнага чопу і абмываюцца вадою. Пры мыцьці рабочыя працуюць стоячы нагамі ў вадзе, вельмі нагнуўшыся і абліваючыся вадою. Выкідваньне саладзіны і мыцьцё чопу цягнецца прыблізна $1^1/_2$ гадзіны. Другі заторнік у гэты час падкладае дровы ў печ пад суславарыльным чопам, каб паскорыць кіпеньне ў суславарыльным чопе. Ён-жа прыносіць з складу мяшкі з хмелем па 17 кілё вагою. Хмель з аднаго мяшка высыпаецца ў суславарыльны чоп. Сусла разам з хмелем кіпіць каля 3-х гадзін і, калі яно выкіпае да пэўнага ўзроўню, усё, што зьмяшчаецца ў чопе, спускаецца па трубе ў цадзільнік-хмелявік для аддзяленьня сусла ад хмелю. Цадзільнік знаходзіцца ў варыльным аддзяленьні ўнізе і выяўляе сабою жалезны чоп, высланы ў сярэдзіне сітамі.

Заторнік, стоячы ў суславарыльным чопе, даўгім дзеравяным шуфлем падграбае хмель да дзіры чопу, адкуль хмель разам з суслам паступае па трубе ў цадзільнік. Каля цадзільніка стаіць памочнік заторніка і рэгулюе паступленьне сусла. З цадзільніка сусла помпаю напампоўваецца па трубах у вялікі дзеравяны бак, вышынёю 1,62 м.; даўжынею 5,12 м., які знаходзіцца пад самым дахам, вышэй варыльнага аддзяленьня. У гэтым баку сусла крыху адстойваецца і ахалоджваецца і ідзе адсюль для ахаладжэньня на халадзільнік у апаратнае аддзяленьне. Хмель, які застаецца на цадзільніку, выносіцца на знадворак.

Пры апаражненьні суславарыльнага чопу зьяўляецца густая пара, якая абдае заторнікаў, так што іх ня відаць. Пасьля апаражненьня суславарыльнага чопу заторнік па сходах спускаецца ў сярэдзіну чопу для мыцьця яго, захапіўшы з сабою гумовы рукаў і шчотку. У чопе поўна гарачае пары, вельмі горача, t° 50° C. Заторнік пры мыцьці абліваецца потам і вылазіць адтуль увесь мокры. Таксама пры мыцьці заторнага чопу заторнік залазіць у чоп пры t° 50° і вышэй і мые сьценкі, дно і трубы. Пры гэтым ёсьць небясьпека ад мешалак, якія пры пераходзе пасу на рабочы шкіў могуць пачаць рухацца і зрабіць

сур'ёзныя пашкоджаньні рабочаму. Адзін раз у два тыдні ці ў тыдзень заторнікі мыюць чапы сернаю кіслатою, разьведзенай з дражджамі, што вельмі разьядае скуру рук.

Шкоднасьці гэтай работы: 1) работа ўвесь час стоячы, 2) сырасьць, насычанасьць паветра парам, 3) вялікае фізычнае напруджаньне пры выкідваньні саладзіны, пры перамешваньні фільтравальнага чопу, пры мыцьці чапоў, 4) няроўнамерная тэмпэратура ў розных месцах работы (у чапох пры мыцьці горача, у качагарцы вялікія скразьнякі, на верхнім пляцку цяплей, 35,0°, сухі ката 0,9, чым унізе, 18,0°, сухі каты 6,3), 5) небясьпека прастуды пры абслугоўваньні качагаркі, пры выношваньні хмелю і г. д., 6) небясьпека пашкоджаньняў ад мешалак пры мыцьці заторнага чопу, небясьпека апёкаў ад сернай кіслаты, 7) стук і шум ад машын, 8) страсеньне падлогі каля заторнага чопу.

Санітарная характарыстыка профэсыі халадзільніка ці апаратніка.

Работа адбываецца ў апаратным аддзяленьні ці халадзільні. Апрача таго, апаратнік абслугоўвае два бакі, з якіх адзін знаходзіцца вышэй апаратнага аддзяленьня пад самым дахам, а другі побач з машынным аддзяленьнем. Разьмеры апаратнага аддзяленьня: даўжыня 10,40 м., шырыня 3,30 м., вышыня 3,60 м., плошча 34,32 кв. м. Кубатура 123,56 куб. м. Абслугоўвае аддзяленьне адзін халадзільнік. Сьцены і столь беленыя, забруджаныя, з плямамі сырасьці. Падлога цэмантовая, няроўная, мокрая, з лужамі вады. Ёсьць 2 дзьвярэй, адны ў калідор на сходы, другія ў новую прыбудоўку. Асьвятленьне натуральнае цераз тры вакны. Сьветлавы коэфіцыент халадзільні 1 : 12. Штучнае асьвятленьне—гарыць адна лямпачка электрычная. Ацяпленьня няма. Вэнтыляцыі штучнай няма. Памяшчэньне вэнтылюецца пры дапамозе адчыненьня вакон. Зімою ў памяшчэньні холадна і скразьнякі.

Вільготнасьць паветра: адносная 73—79% пры 24—21° t° і 97,5% пры t° 19,8°. Сухі ката ад 6 да 5 і вільготны 17—12 (летам). Зімою: t° 14,0 — 19,0°, адносная вільготнасьць 95-98%, сухі ката 6,2, вільготны—14,2.

Пасярэдзіне памяшчэньня знаходзіцца апарат-халадзільнік, які складаецца з цэлага шэрагу медзяных труб, унутры якіх цыркулюе халодная вада. Наверсе апарату маецца карыта з многалікімі дзіркамі, куды паступае сусла і па дзірках расплываецца па халодных трубах для ахаладжэньня. З паверхні труб халадзільніка сусла, якое астыла, сьцякае ў вялікае карыта, што знаходзіцца ўнізе пад апаратам. Збоку халадзільніка ёсьць бляшанае карыта, якое стаіць на дзеравянай лаўцы. Каля халадзільніка маецца яшчэ 3-павярховая лаўка, на якую апаратнік становіцца пры чыстцы апарату. На сьцяне вісіць шафачка і вешалка для адзежы.

Апісаньне работы халадзільніка.

Сусла з варыльнага аддзяленьня паступае ў дзеравяны бак, вышынёю 1,62 м. і даўжынёю 5,12 м., які знаходзіцца над халадзільняй. Пры паступленьні ў бак сусла мае тэмпэратуру 96°. У гэтым баку сусла крыху ахаладжваецца (да 90°), муць асядае на дно баку. З баку сусла ідзе па трубе на халадзільны апарат. Апаратнік пасьля апаражненьня баку залазіць у сярэдзіну яго і мые яго шчоткаю і вадою. У сярэдзіне вельмі горача, шмат пары. Па сканчэньні мыцьця вылазіць адтуль потны і падпадае дзеяньню скразьнякоў.

У апаратным аддзяленьні апаратнік пускае сусла на халадзільнік і сочыць па тэрмомэтру, які знаходзіцца ў ніжнім карыце, за тэмпэратурай сусла, што сьцякае, якая павінна быць 6°. Адпаведна паказаньням тэрмомэтру апаратнік паскарае ці сьцішае ход сусла на апарат. Першыя порцыі сусла, якія выцякаюць з баку ў колькасьці 10—12 вёдзер, ня пускаюцца адразу на халадзільнік, а ў бляшанае карыта, якое стаіць побач з халадзільнікам, адкуль праз некаторы час ідуць на халадзільнік. Калі верхняе карыта забруджваецца, апаратнік прачышчае яго, а адзін раз у тыдзень чысьціць апарат сернаю кіслатою, разьведзенаю дражджамі. Абавязкам апаратніка зьяўляецца сачыць за бакам, што знаходзіцца побач з машынным аддзяленьнем, з якога халодная вада паступае ў халадзільны апарат.

Апаратнік павінен нанасіць туды лёду каля 480 кілё. Лёд прыходзіцца насіць з двара кавалкамі ў 32—48 к., крокаў 10 да баку. Адзін раз у тыдзень яму прыходзіцца мыць гэты бак, адкуль халодная вада помпаю напампоўваецца ў халадзільнік. У памяшчэньні, дзе стаіць бак—скразьнякі, натуральнае адбітае сьвятло падае толькі цераз вакно, якое выходзіць у машыннае аддзяленьне.

Шкоднасьці профэсыі апаратніка: 1) сырасьць і нізкая тэмпэратура памяшчэньня, 2) скразьнякі, 3) напруджаньне мускулаў пры мыцьці чапоў і носцы лёду, 4) небясьпека прастуды пры мыцьці верхняга баку (унутры чопу горача, па-за ім холадна і скразьнякі), 5) небясьпека апёкаў ад сернай кіслаты.

Санітарная характарыстыка профэсыі брузавальніка.

Работа адбываецца ў зачыненым памяшчэньні—брузавальні, якое складаецца з 2-х аддзяленьняў: першае, меншае, мае даўжыню 15,36 м., шырыню 3,96 м., вышыню 3,96 м., плошча 60,82 кв. м., кубатура 240,85 к. м., другое, большае, мае даўжыню 18,5 м., шырыню 14,4 м., вышыню 3,96 м., плошча 266,4 кв. м., кубатура 1034,94 куб. м. Вылічыўшы аб'ём брузавальных чапоў кубатура на аднаго чалавека пры трох працаўніках роўна 317 куб. м.

У брузавальні зьмяшчаюцца вялікія дзеравяныя брузавальныя чапы, ёмістасьцю ў 300—500 в., якія стаяць на падстаўках, па 6—7 чапоў у рад. У меншым аддзяленьні стаіць адзін рад чапоў, а ў большым—5 радоў. Між радамі невялікія прамежкі ў 0,98 м. Чапы ў радох стаяць амаль шчыльна адзін да аднаго. Вышыня чапоў 1,72 м., верхні дыамэтр 2,13 м.

Сьцены і столь памяшчэньня беленыя, брудныя, вельмі сырыя. Падлога цэмантовая, заўсёды мокрая, месцамі лужы. Вакон няма; унізе ў сьцяне маецца адтуліна, цераз якую праходзіць сьвятло, калі адтуліна не закрыта краткамі. Штучнае асьвятленьне ад 13 электрычных лямпачак у 25 сьвечак—недастатковае. Ацяпленьня няма. Двое дзьвярэй: адны ў лядоўню, другія ў пакой, дзе мыюць бочкі. Зімой тэмпэратура памяшчэньня вельмі нізкая 2—4° С. Адносная вільготнасьць паветра празьмерная: 100—94% пры t° 7°—7,8°. Сухі ката 9,5, вільготны 18,7. ЭЭТ—7° летам, зімою: сухі ката 12,6, вільготны 23,3. Адносная вільготнасьць 100%.

Маецца электрычны вэнтылятар, які ня дзейнічае. У столі маецца 6 адтулін, разьмерамі 0,5 м. × 0,5 м. для вэнтыляцыі.

Над брузавальнымі чапамі выдзяляецца вуглякіслата. Вуглякіслаты выяўлена ад 2,1 pro mille да 12,1‰.

Апісаньне работы брузавальніка.

Брузавальнік носіць лёд у тыя чапы, дзе брузаваньне ўжо цягнецца 3 сутак, што на мясцовай мове называецца „задаць лёд“. Ён раней коле лёд на двары, потым рыдлёўкаю набірае яго ў торбу—дзеравяную скрынку, якая надзяецца пры дапамозе рамянёў на плечы. Набраўшы поўную торбу лёду, вагою каля 48 к., ён на плечах адносіць яе ў брузавальню, дзе з торбаю падымаецца па мокрых сходах на 7 сходак да чопу і, значна перагнуўшыся цераз край чопу, высыпае лёд з торбы ў медзяны круглы чапок—швімэры, які плавае на паверхні брузавальнага чопу. Кожны чоп патрабуе 1½—2 торбы лёду. Звычайна за зьмену задаецца лёд на 20—28 чапоў, значыцца, брузавальнікам трэба каля 40—50 раз хадзіць за лёдам. Пры падыманьні па сьлізгучых сходах з цяжарам 48 к. на плечах лёгка пакаўзнуцца і ўпасьці. Такія выпадкі здараліся.

Брузавальнікі, апрача таго, робяць раскатку, г. зн. выпускаюць піва з тых чапоў, дзе яно ўжо перабрузавала на працягу 7 сутак і спускаюць яго ў лагарнае аддзяленьне. Пры гэтым брузавальнік выцягвае з гэтых чапоў швімэры, вагою 12—16 к., папярэдня ачышчае іх ад лёду і вады і здымае шумоўкаю бруд з пены. Потым ён адчыняе дзіру ў чопе, устаўляе туды крант і да яго вяровачкаю прывязвае гумовы даўгі рукаў, крант і вентыль адчыняюцца і піва ідзе ўніз, у лагернае аддзяленьне. Пры гэтым брузавальнік сочыць за апаражненьнем чопу, даючы час ад часу сыгналы лагерніку. Асабліва ўважліва трэба сачыць пры канцы апаражненьня, каб сваячасна зьняць крант з рукавом, таму што туды можа папасьці пена з паветрам і заткнуць яго, пасьля чаго брузавальніку прыходзіцца доўга яго прамываць. За зьмену апаражняецца 5—6 чапоў. Брузавальнік павінен ачысьціць гэтыя чапы ад драждж\эй, якія засталіся на дне. Ён адчыняе дзіру на дне чопу, падстаўляе туды цэбар і, узышоўшы на сходы, рыдлёўкаю падграбае дрожджы да дзіры, упіраючыся пры гэтым жыватом у край чопу. У гэты час астатнія 2 брузавальнікі рыхтуюць бочкі, куды выліць гэтыя дрожджы. Яны выліваюць з бочак нягодныя дрожджы ў цабры 64—80 к. вагою, выносяць іх на двор і выліваюць у бочку. Потым мыюць бочкі ў сярэдзіне і знадворку.

Дрожджы, выбраныя з брузавальных чапоў, выліваюцца ў гэтыя бочкі, за выключэньнем першага цабра, які выносіцца на двор. Потым брузавальнікі прыносяць з першага брузавальнага аддзяленьня цэбар з вадою, выліваюць яго ў бочку з дражджамі і дзеравянаю мешалкаю добра разьмешваюць дрожджы. Пры параношваньні цаброў з дражджамі, пераліваньне іх у бочкі патрабуе значнага напруджаньня мускулаў. Аслабаніўшы чапы ад дражджэй, брузавальнік распачынае іх мыць. Ён залазіць у сярэдзіну чопу, спускае туды вядро з цёплаю вадою, бярэ гумовы рукаў, шчотку і з усіх сіл трэ шчоткаю сьценкі чопу, апалосквaючы іх вадою. Другі брузавальнік мые чоп знадворку. Мыцьцё чопу цягнецца каля 30 мінут. Брузавальнік сочыць таксама за напаўненьнем вольных чапоў суслам, якое ідзе з апаратнага аддзяленьня. Калі чоп напаўняецца да паловы, брузавальнік перакладае крант з рукавом (вагою каля 16 кілё) у другі чоп. Потым брузавальнік павінен задаць дрожджы ў напалову напоўненыя брузавальныя чапы. На кожны чоп патрабуецца 4 шафлікі ці дзеравяныя кадкі з дражджамі. Брузавальнік налівае ў шафлікі дрожджы з бочак, далівае туды сусла і дзераванаю мешалкаю разьмешвае дрожджы з суслам. Потым 2 брузавальнікі, падняўшы шафлік за ручкі на ўзровень галавы, пераліваюць дрожджы з аднаго шафліка ў другі, паўтараючы гэтае

пераліваньне раз 8 і больш, да тае пары, пакуль дрожджы добра усьпеняцца, праняўшыся паветрам. Пераліваньне з шафліка ў шафлік робіцца вельмі хутка і брузавальніку раз 30 прыходзіцца падымаць шафлік з дражджамі (12—16 к. вагою) на ўзровень галавы. Скончыўшы пераліваньне, брузавальнік працэджвае дрожджы цераз сіта. Потым, падняўшыся па сходах да чопу, бярэ шафлікі з рук другога брузавальніка і вылівае іх адзін за адным у чоп. Пасьля таго чапы напаўняюцца суслам да верху, пры гэтым брузавальнік павінен сачыць, каб сваячасна выняць крант з рукавом, каб сусла не пайшло праз верх. Поўныя чапы брузавальнік перамешвае чарпаком, вядром, цераз бакавую дзірку якога праходзіць даўгая дзеравяная палка. Гэтая работа патрабуе значнага напруджаньня мускулаў і ўсяго цела.

Адзін раз у месяц брузавальнікі мыюць падлогу пад чапамі сернаю кіслатою. Штодня прыбыраюць памяшчэньне, мыюць падлогу, шафлікі, цабры, кубкі.

Шкоднасьці гэтай профэсыі: 1) даволі вялікая колькасьць вуглякіслаты ў паветры, 2) надзвычайная сырасьць памяшчэньня, 3) празьмерная вільготнасьць паветра, 4) нізкая тэмпэратура памяшчэньня, 5) скразьнякі, 6) адсутнасьць натуральнага асьвятленьня і недастатковасьць штучнага асьвятленьня, 7) работа ў макраце, у напалову мокрай адзежы, сутыканьне з лёдам пры работе на дварэ, 8) вялікае напруджаньне мускулаў пры пераношваньні цяжараў (лёд, дрожджы), пры перамешваньні чапоў, пры мыцьці іх, пры задаваньні дражджэй, 9) бесьперарыўнае падыманьне па сходах, работа ў стаячым палажэньні ці сагнутым, з ціскам на грудзі ці жывот, 10) напруджаньне ўвагі і зроку пры напаўненьні і апражненьні чапоў, 11) небясьпека пашкоджаньняў пры ўзыходзе па сходах з лёдам, небясьпека апёкаў пры мыцьці падлогі сернаю кіслатою.

Санітарная характарыстыка профэсыі лагерніка.

Работа адбываецца ў лагеры, які займае аграмаднае падвальнае памяшчэньне і складаецца з 6-ці сумежных аддзяленьняў, дзе ў вялікіх дзеравяных бочках — фасах дабрузвае піва, набываючы пэўную моцнасьць і вытрыманасьць. Пяць з гэтых аддзяленьняў маюць аднолькавыя разьмеры: даўжыня 14,45 м., шырыня 5,70 м., вышыня 4,76 м., плошча 82,36 кв. м. Кубатура 392,03 куб. м. Шостае аддзяленьне значна большых разьмераў: даўжыня 31,10 м., шырыня 14,40 м., вышыня 3,60 м., плошча 283,01 кв. м., кубатура 1018,84 куб. м. Усе аддзяленьні абслугоўваюцца двума лагернікамі. На кожнага прыпадае кубатуры (за вылічэньнем кубатуры, якая займаецца фасамі) ня менш 101 куб. м. Сьцены і столь у аддзяленьнях сырыя, вельмі брудныя.

Усюды плямы сырасьці. З столі цячэ. Падлогі цэмантовыя, з лужамі вады з прычыны няроўнасьці іх і кепскага сьцёку. У падлозе маюцца дзіркі для сьцёку вады ў калодзежы, але трубы, якія вядуць у калодзежы, часта бываюць забруджаны. Адзін раз у 2 тыдні гэтыя трубы прачышчаюцца сернаю кіслатою. Асьвятленьня натуральнага няма, толькі штучнае; у кожным аддзяленьні гарыць па 3 лямпачкі ў 25 сьвечак, а ў шостым аддзяленьні гарыць 10 лямпачак у 25 сьвечак. Ацяпленьня ніякага няма. Тэмпэратура зімою бывае 0° і ніжэй 0°, а летам 2—3°. Над лагерам знаходзіцца лядоўня, набітая лёдам. Памяшчэньне вэнтылюецца цераз адтуліны ў столі і сьценах. У аддзяленьні № 1 фасы распаложаны ў два рады ўздоўж сьцен памяшчэньня. У кожным раду фасы распаложаны ў два ярусы: унізе па 12 фасаў 500-вя-

дзёрных, а над імі па 5 фасаў 300-вядзёрных. Вышыня 500-вядзёрнай фасы 2,41 м., а дыамэтр роўны 2,13 м. Вышыня 300-вядзёрнай фасы— 1,98 м., а дыямэтр роўны 1,81 м. У аддзяленьні № 6 маецца некалькі радоў фасаў у адзін ярус, усяго 37 фасаў: 30 фасаў 500-вядзёрных і 7 фасаў 300-вядзёрных. Там-жа знаходзіцца халадзільнік. Усіх фасаў ува ўсім лагеры маецца 137 штук. Піва ў фасах павінна знаходзіцца 4—5 тыдняў, але ў летнія месяцы з прычыны вялікага попыту яно так доўга ня трымаецца, застаючыся ў фасах часам толькі 2—3 тыдні. Вуглякіслаты выяўлена ад 2‰—3‰.

Адносная вільготнасьць 94% пры 3,4° t°. Сухі ката 10,9, вільготны 21,3 ЭЭТ—3,2 летам. Зімою: t°—1,0—3,0°С. Адносная вільготнасьць 95—100%. Сухі ката 12,0—10,0, вільготны 23,3.

Апісаньне работы лагерніка.

Работа лагерніка адбываецца ў адну зьмену з 8 гадзіны раніцы да 5-ці гадзін дня. Работа гэтая складаецца з наступных момантаў: 1) мыцьцё фасаў, 2) напаўненьне пустых фасаў півам, якое цячэ па гумовым рукаве з брузавальнага аддзяленьня, 3) пераношваньне крайзы, г. зн. сусла з дражджамі ў цаброх з брузавальнага аддзяленьня, 4) „задача“ крайзы ў фасы, 5) затыканьне фасаў.

Гатовае піва з фасаў выпампоўваецца электрычнаю помпаю і ідзе ў фільтравальнае аддзяленьне. Рэшта піва з фасы выпампоўваецца ручною помпаю. Пасьля гэтага лагернік выграбае шчоткаю рэшту дражджэй у цэбар і выносіць яго на двор, выліваючы дрожджы ў бочку. За зьмену прыходзіцца каля 6 раз выносіць цабры з дражджамі, вагою 80—96 к., узыходзячы наверх па сходах на 20 сходак. Цэбар носяць 2 чал. Ёсьць небясьпека пакаўзнуцца і ўпасьці разам з цяжарам. Потым лагернік распачынае мыцьцё фасы. Спачатку ён мые фасу знадворку шчоткаю і вадою з рукава. Потым цераз невялікую дзірку санцім. 27 шырынёю і 32 даўжынёю ледва залазіць у сярэдзіну фасы. Патрэбны навычка і ўменьне, каб улезьці цераз такую дзірку. Загадзя ўстаўляюць у сярэдзіну фасы невялікую дзеравяную ражачку, шчотку і гумовы рукаў. Лагернік бярэ з сабою сьвечку для асьвятленьня ўнутранасьці фасы, пакуль ён, стаўшы ў сярэдзіне яе ва ўвесь рост, мые яе шчоткаю, апаласкваючы вадою з рукава. Фаса ў сярэдзіне прасмоленая (смолка фасаў робіцца штогод), сьлізкая і круглая. Лагернік стаіць нагамі ў вадзе і, ня маючы цьвёрдага пункту апоры пад нагамі, часта падае ў ваду на дно фасы. Сьвечка пры гэтым гасьне, лагернік увесь прамакае і пасьля 30 мінут мыцьця вылазіць увесь мокры ад вады і поту. Для мыцьця фасаў лагернікам неабходна выдаваць суцэльныя прагумаваныя непрамакальныя халаты. Цяпер на іх надзеты паверх звычайнага спэцгарнітуру фартух з прагумаваным нагруднікам, які ня можа захаваць гарнітур ад прамаканьня пры мыцьці, а работа ў мокрым гарнітуры і ботах пры нізкай тэмпэратуры ў 0° надзвычайна шкодна можа адбіцца на здароўі лагерніка. Пасьля мыцьця лагернік выцягвае з фасы ўсе прылады, выграбае шчоткаю пазасталую там ваду і зачыняе дзірку дзеравянай форткай. Берагі дзіркі змазваюцца тлушчам для таго, каб фортка лягчэй увaходзіла, і шчыліны забіваюцца пакульлем. Упоперак форткі кладзецца дзеравяная пераклaдзіна, якая шчыльна прышрубоўваецца да форткі, а дзірка, якая маецца ў фортцы, забіваецца дзеравяным шпунтам. Мыцьцё фасаў, якія знаходзяцца на 2-м ярусе, яшчэ больш няпрыемнае, паскольні яно злучана з небясьпекаю ўпасьці пры залязаньні ў фасу і дзякуючы яшчэ большай няўстойлівасьці пры рабоце. За зьмену

прыходзіцца вымыць 8—10 фасаў. Пасьля мыцьця лагернікі распачынаюць напаўняць пустыя вымытыя фасы півам, якое ідзе па рукаве з брузавальні. Наверсе фасы маецца дзірка. Лагернік па сходах на 8 сходак падымаецца ўгару і ўстаўляе ў гэтую дзірку медзяны цяжкі крант з рукавом, вагою 48—64 к. Лагернік пры гэтым прыслухоўваецца да сыгналаў, якія падаюцца згары брузавальнікам (стук), пасьля напаўненьня фасы вымае крант з рукавом і пераносіць яго ў другую фасу. Калі фасы напоўнены півам, лагернікі ідуць у брузавальнае аддзяленьне за крайзай (аднадзеннае сусла з дражджамі), якая запускаецца ў фасы і прымушае піва брузнуць. Крайза прыносіцца ў цаброх, вагою 80—96 к., на каромыслу, якое абодва лагернікі трымаюць на плечах. Прыходзіцца з цяжкім цэбрам на каромыслу спускацца па сходах на 20 сходак уніз у лагер. Зімою сходкі коўзкія і здараліся выпадкі паданьня з цяжкімі ўдарамі. За зьмену прыходзіцца прынесьці 6—7 цаброў з крайзай. У кожную фасуналіваюць вядром крайзу, а потым шпунтуюць фасы, г. зн. дзірка наверсе затыкаецца. Пры напаўненьні фасаў і запусканьні крайзы работа з фасамі 2-га ярусу больш цяжкая, таму што прыходзіцца падымацца да гэтых фасаў па сходах на 12 сходак, на вышыню 4,39 м. (у два разы большую, чым да ніжніх) з цяжарамі—як крант з рукавом, вядро з крайзай, ручною помпаю. 2—3 разы ў месяц робіцца перапампоўваньне піва з аднэй фасы ў іншую пры дапамозе пераноснае электрычнае помпы. Летам піва раней, чым пусьціць у фасы, праходзіць цераз халадзільнік. Лагернікі носяць лёд з лядоўні ў дзеравяных кадушках, якія адзеты рамянямі на плечы, у халадзільнік. Апрача таго лагернік мые падлогу памяшчэньня, прачышчае адзін раз у два тыдні сернаю кіслатою трубы калодзежа для сьцёку вады. Ад сернай кіслаты здараюцца апёкі рук і ў памяшчэньні задушлівы пах.

Шкоднасьці: 1) сырасьць памяшчэньня—высокая адносная вільготнасьць 94% пры тэмпэратуры 3,4°, 2) работа заўсёды пры штучным асьвятленьні, 3) пераношваньне цяжараў па сходах, 4) небясьпека паданьняў і ўдараў, 5) нізкая тэмпэратура памяшчэньня, 6) работа ў макраце, 7) увесь час на нагах, напруджаньне мускулаў.

Санітарная характарыстыка профэсыі фільтравальніка.

Работа адбываецца ў фільтравальным аддзяленьні і часткова ў лагерным. Разьмеры фільтравальнага аддзяленьня: даўжыня 10,32 м., шырыня 5,78 м., вышыня 3,96 м., плошча 59,65 кв. м., кубатура 236,20 куб. м. Аддзяленьне абслугоўваецца двума фільтравальнікамі. На кожнага прыпадае кубатуры 118 куб. м. Адносная вільготнасьць 95—90% пры тэмпэратуры 14,5—15,6° і знадворнай 26,5. Сухі ката 7,8, вільготны 16,7—15,1. ЭЭТ 14—15° летам. Зімою: t° 5,0—7,0°. Сухі ката 10,8, вільготны 22,3.

Сьцены беленыя, брудныя, з плямамі сырасьці, столь таксама. Падлога цэмантовая, мокрая, месцамі лужы. На падлозе, пасярэдзіне памяшчэньня пакладзена некалькі дошчак. Вакон няма, асьвятленьне толькі штучнае—гараць 3 электрычныя лампачкі ў 50 сьвечак. Ацяпленьня няма. Тэмпэратура памяшчэньня вельмі нізкая, зімою 2—3°. Вэнтылюецца памяшчэньне пры дапамозе адтуліны ў столі. Маецца двое дзьвярэй, адны супраць другіх, што стварае скразьнякі. У фільтравальным аддзяленьні маецца фільтр для фільтраваньня піва, халадзільнік, прас, на якім прасуецца фільтравальная маса, стаяць кадушкі з фільтр-масай. Каля фільтру знаходзіцца запасны барабан і пад ім бочкі.

Апісаньне работы фільтравальніка.

Работа ў фільтравальным аддзяленьні адбываецца ў 2—3 зьмены, першая зьмена з 10 гадз. вечара да 6 гадз. раніцы, другая—з 6-ці гадз. раніцы да 2-х гадз дня. Фільтравальнік у лагерным аддзяленьні пускае піва з фасаў на фільтр. Для гэтага ён забівае крант з шляфам у ніжнюю дзірку фасы, а ў верхнюю дзірку ўстаўляе трубку, у якую напампоўваецца паветра, што выцясьняе піва з фасы. Фільтравальнік пускае ў ход электрычную помпу, якая падае піва з фасаў наверх у фільтравальнае аддзяленьне. Летам піва праходзіць цераз халадзільнік, раней чым паступіць у фільтр. Фільтравальнікі самі прыносяць лёд з лядоўні ў халадзільнік (6 дзеравяных кадушак-торбаў лёду). У часе фільтраваньня фільтравальнік павінен сачыць па мономэтру за ціскам піва. З фільтру піва часткова ідзе ў разьлівальнае, часткова паступае ў барабан. Фільтравальнік укочвае пустыя бочкі, ставіць іх пад барабан, напаўняе бочкі півам з барабана, потым затыкае іх і выкочвае на знадворак ці пакідае ў памяшчэньні. Каб качаць бочкі, асабліва напоўненыя півам, патрэбна вялікае напруджаньне мускулаў. Цяжка таксама здымаць вялікія пустыя бочкі ў складзе, дзе яны складзены ў два і больш ярусы, і асьцярожна спускаць іх на падлогу. Разы 2—3 у тыдзень фільтравальнікам прыходзіцца разьбіраць фільтр і зьмяняць фільтр-масу. Фільтр складаецца з 14-ці сеткавых рам, у якіх закладзена фільтр-маса, а між рамамі маюцца так званыя элемэнты, г. зн. медзяныя кругі, з круглымі паглыбленьнямі і побач з дзіркамі для прахаджэньня піва. Пры разборцы фільтру фільтравальнікі здымаюць рамы вагою 32 к. кожная, вымаюць з рам скарыстаную фільтр-масу, якая паступае для мыцьця. Потым яны мыюць шчоткаю і гарачаю вадою рамы, спалоскваючы таксама элемэнты і фільтр. Пасьля таго распачынаюць прасаваць у рамах чыстую фільтр-масу. Рамы з фільтр-масай закладаюцца пад прас, які шчыльна закручваецца, потым, адкруціўшы прас, раму з прасаванай фільтр-масай вымаюць і ўстаўляюць другую раму. Скончыўшы прасаваньне, рамы зноў закладаюць у фільтр і апошні, будучы складзен, як належыць, закручваецца шрубаю. Пры разборцы, мыцьці, прасаваньні і складаньні фільтру прыходзіцца працаваць нагнуўшыся, падымаючы цяжары, абліваючыся вадою і ўжываючы значнае напруджаньне мускулаў.

Шкоднасьці: 1) сырасьць памяшчэньня, высокая адносная вільготнасьць 93,2% пры t°, 10°, 2) штучнае асьвятленьне, 3) скразьнякі, 4) напруджаньне мускулаў пры качаньні бочак, разборцы фільтру, прасаваньні, 5) работа ў макраце.

Санітарная характарыстыка профэсыі разьлівальніка-каркавальніка.

Работа адбываецца ў закрытым памяшчэньні, разьлівальным аддзяленьні. Разьмеры памяшчэньня: даўжыня 7,32 м., шырыня 5,40 м., вышыня 3,96 м., плошча 39,53 кв. м., кубатура 156,54 куб. м. На аднаго чалавека прыпадае кубатура (пры 6—8 рабочых) роўная 20 куб. м. прыблізна. Сьцены і столь памяшчэньня беленыя, брудныя, з плямамі сырасьці. Падлога цэмантовая, мокрая з дзіркамі для сьцёку вады. Адны дзьверы вядуць у вялікае цёмнае памяшчэньне без вакон, дзе знаходзяцца бочкі з півам, туды выносяць з разьлівальнага аддзяленьня кашы з бутэлькамі піва. Разьмеры гэтага памяшчэньня: даўжыня 11,85, шырыня 8,45, вышыня 3,96, плошча 100,13 кв. м., кубатура 396,51 куб. м. Сьцены яго беленыя, брудныя, сырыя, падлога асфальтавая, мокрая. Гарыць 5 лямпачак, маецца жалезная печ. Дзьвя-

рэй трое: адны вядуць у калідор, другія ў склад, які знаходзіцца побач з фільтравальным аддзяленьнем, трэція ў разьлівальнае аддзяленьне. Асьвятленьне разьлівальнага аддзяленьня—маюцца 2 вакны. Сьветлавы коэфіцэнт 1 : 9, вокны вельмі забруджаныя, некаторыя шыбы заменены дошчачкамі,натуральнае асьвятленьне трэба лічыць недастатковым. Штучнае асьвятленьне—гарацъ дзьве лямпачкі ў 50 сьвечак. Вэнтылюецца памяшчэньне цераз адчыненыя дзьверы і адтуліну ў столі. Разьлівальнае аддзяленьне злучаецца з вымывальным аддзяленьнем цераз дзірку ў сьцяне. З прычыны гэтага ў памяшчэньні разьлівальнага і вымывальнага аддзяленьня бываюць заўсёды скразьнякі. Вільготнасьць паветра памяшчэньня: адносная—95% пры 15° t°, 88% пры 17° t°. Сухі ката 6,5, вільготны 15,6, ЭЭТ = 16,5 (у чэрвені месяцы). Зімою: t° 7,0—8,0° С. Адносная вільготнасьць 86—90%, сухі ката 9,0, вільготны 20,5.

Зімою ў памяшчэньні холадна, што ў зьвязку з сырасьцю і скразьнякамі дапамагае прастудным захварэньням.

Апісаньне работы разьлівальніка-каркавальніка.

Памяшчэньне абслугоўваецца 8—6 чалавекамі, з іх 1—2 разьлівальнікі, 1—2 каркавальнікі, тры вымывальніцы і рабочы, які выносіць кашы з бутэлькамі. Разьлівальнік працуе стоячы каля машыны для разьліваньня паблізу дзіркі ў вымывальнае аддзяленьне. Каркавальнік працуе седзячы каля машыны для каркаваньня, а вымывальніцы працуюць тут-жа побач з імі стоячы. Адна падае другой бутэлькі, напоўненыя півам, другая наклейвае на бутэлькі этыкеткі і трэцяя адносіць бутэлькі з наклеенымі этыкеткамі на некалькі крокаў і ўстанаўляе іх у рады на паліцах. Апошняя вымывальніца бярэ па 5 бутэлек у кожную руку пры адношваньні.

Разьлівальнік і каркавальнік пры жаданьні чаргуюцца, а часам іх замяняе і вымывальніца. Там, дзе працуюць, маюцца дзеравяныя насьцілы.

Разьлівальнік і каркавальнік у мінуту робяць 35—40 рухаў дзьвюма рукамі, наліваючы і закарковаючы 35—40 бутэлек у мінуту. Апарат для разьліваньня выяўляе сабою медзяное карытца, у якое піва паступае з фільтравальнага аддзяленьня. У карытца кароткім канцом спушчаны 6 медзяных пакручастых трубак, даўгі канец якіх зьвісае ўніз. Пад карытам маецца бляшаная ракавіна. Разьлівальнік, стоячы і нагнуўшыся, бярэ пустую бутэльку і падстаўляе яе, каб напоўніць, пад даўгі зьвіслы канец трубкі, зьмяшчаючы бутэльку на бляшанай ракавіне. Другою рукою разьлівальнік вымае напоўненую бутэльку і ставіць яе на стол, які знаходзіцца тут-жа. Потым зноў падстаўляе другую бутэльку аднэю рукою, а другою рукою вымае напоўненую бутэльку. Такі чынам разьлівальнік падстаўляе і вымае бутэлькі з-пад шасьці трубачак. Рухі, хутка чаргуючыся (40 у мінуту), патрабуюць напружанай увагі.

Каркавальнік працуе седзячы перад апаратам для каркаваньня. Леваю рукою каркавальнік бярэ бутэльку з століка, ставіць яе на калена, праваю рукою бярэ корак з кадушкі, што стаіць каля яго. Корак каркавальнік укладае ў адтуліну апарата і, трымаючы бутэльку такім спосабам, каб яе горла прышлося пад адтуліну з коркам, ён праваю рукою націскае ручку апарата, прычым жалезны стрыжань апарата апускаецца на корак і ўпіхае яго ў горла бутэлькі. Каркавальнік пры гэтым кожны раз робіць рух нагою, падымаючы крыху калена з бутэлькай. Калені каркавальніка пакрыты брызэнтам, але,

ня гледзячы на гэта, усё-ж такі калені і ногі яго прамакаюць. Пры каркаваньні бутэлькі часта трэскаюцца і раняць рукі рабочага і ногі яго абліваюцца півам. Пры рабоце каркавальніка таксама патрабуецца напруджаньне ўвагі пры аднастайных хуткіх рухах абедзьвюх рук (40 у мінуту).

Рабочыя разьлівальнага аддзяленьня раз 6—8 за зьмену адносяць кадушку з коркамі ў варыльнае аддзяленьне, дзе яны распарваюць іх гарачай вадою і параю. Яны-ж выносяць на знадворак насілкі з бутэлькамі каля 80 кілё вагою. Па сканчэньні работы прыбіраюць памяшчэньне і выносяць пабітае шкло скрынь 80 кілё вагою. У вольны час рабочыя расстаўляюць бутэлькі на паліцах каля сьцяны. Адзін з разьлівальнікаў 2 разы ў тыдзень запраўляе чорнае піва бок-бір. Ён кладзе ў бочкі цукру, калёру для афарбоўкі, закаркоўвае іх і раскочвае некаторы час для разьмешваньня.

Шкоднасьці гэтай профэсыі: 1) сырасьць памяшчэньня, вялікая вільготнасьць паветра, 2) моцныя скразьнякі, 3) зімою нізкая тэмпэратура, 4) недастатковае асьвятленьне, 5) работа ў прымушана-стаячым і сядзячым палажэньні, 6) напруджаньне ўвагі, 7) аднастайныя хуткія рухі рук, 8) ціск бутэлькай на калена (каркавальнік), 9) небясьпека параненьняў, 10) шум і стук ад каркаваньня.

Санітарная характарыстыка профэсыі вымывальніцы бутэлек.

Работа адбываецца ў аддзяленьні для мыцьця бутэлек. Разьмеры яго: даўжыня 9,7 м., шырыня 6,17 м., вышыня 3,96 м., плошча 59,85 кв. м., кубатура 237,01 куб. м. Кубатура на аднаго чалавека (пры 10—13 рабочых)—23 куб. м. Сьцены беленыя, сырыя, брудныя, столь таксама. Падлога цэмантавая, мокрая, з лужамі вады. Дзьверы, якія адчыняюцца на знадворак, рэдка бываюць зачынены з прычыны частага выношваньня і ўношваньня бутэлек. Якраз супроць дзьвярэй у процілежнай сьцяне маецца дзірка ў разьлівальнае аддзяленьне, якая прыпадае супраць дзьвярэй разьлівальнага аддзяленьня. Гэтая акалічнасьць зьяўляецца прычынаю моцных і заўсёдных скразьнякоў, якія шкодна адбіваюцца на здароўі рабочых. У памяшчэньні маюцца 3 вакны. Сьветлавы коэфіцыент раўняецца 1 : 5, натуральнае асьвятленьне зусім дастатковае, штучнае—гарыць 1—2 электрычныя лямпачкі. У памяшканьні маецца жалезная печачка, якая апальваецца рэдка. Памяшчэньне вэнтылюецца цераз адчыненыя дзьверы і адтуліну ў сьцяне. Зімою ў памяшчэньні холадна і поўна пары. Адносная вільготнасьць 64—66% пры t° 21—23°. Сухі ката 5,2, вільгот. 15,6. ЭЭТ 19,8—21,5 (чэрвень месяц). Зімою: t° 19,5, адносная вільготнасьць 90%; сухі ката 5,6, вільготны 17,1.

У памяшчэньні знаходзіцца машына для мыцьця бутэлек і побач з ёю жалезны чоп даўжынёю 3,9 м., шырынёю 0,98 м. і вышынёю 0,64 м. З правага боку каля вакна знаходзіцца яшчэ другі жалезны чоп меншых разьмераў: даўжынёю 2,56 м., шырынёю 0,89 м., вышынёю 0,32 м. Каля машыны для мыцьця бутэлек знаходзіцца круглы чоп для паласканьня бутэлек і каля дзіркі знаходзіцца круглая дзеравяная балея, таксама для паласканьня бутэлек. Каля самае дзіркі знаходзіцца бляшаны паварочвальны круг з дзірачкамі, куды ўстаўляюцца чыстыя бутэлькі, пападаючы адсюль у рукі разьлівальніка. Аддзяленьне, у якім мыецца пасуда, абслугоўваецца 10—13 вымывальнікамі, з іх 3 працуюць ў разьліве, наклейваючы этыкеткі на бутэлькі.

Апісаньне работы вымывальніцы.

Мыцьцё бутэлек вытвараецца рукамі і пры дапамозе машыны. У абодвых выпадках працаваць прыходзіцца стоячы. На месцы работы пакладзены дзеравяныя насьцілы, на якіх стаяць вымывальніцы, але ўсё-ж такі абутак у работніц заўсёды мокры, таму што яны абліваюцца вадою пры мыцьці. Мыцьцё рукамі вытвараецца каля невялікага чопу, які знаходзіцца паблізу вакна. Чоп напоўнены цёплаю вадою. Па абодвых баках яго стаяць вымывальніцы і даўгімі шчотачкамі мыюць бутэлькі ў сярэдзіне, абмываючы іх знадворку рукамі. Чыстыя бутэлькі ставяць на дошкі, пакладзеныя ўпоперак чопу. Бутэлькі, у сярэдзіне якіх маюцца коркі, папярэдня аслабаняюцца ад іх. Вымывальніцы выцягваюць іх сагнутым удвойчы жалезным прутом, які засоўваецца ў бутэльку, зачапляе корак і разам з коркам вырываецца з бутэлькі. Пры гэтым бутэлькі часта трэскаюцца і раняць рукі вымывальніц. Ува ўсіх вымывальніц на руках маюцца сьляды (параненьняў) парэзаў. Рукі ў вымывальніц увесь час знаходзяцца ў вадзе (цёплай). Вымытыя бутэлькі вымывальніцы адносяць у дзеравяную балею, ахапляючы 15—20 бутэлек абедзьвюма рукамі. На ўсіх вымывальніцах надзеты прагумаваныя фартухі. Ад цёплай вады ў памяшчэньні поўна пары, так што зімою вымывальніцы ня бачаць адна аднэй. Каля балеі для паласканьня стаіць вымывальніца, якая палошча бутэлькі ў вадзе і ставіць іх дном дагары ў дзіркі кругу, які верціцца. *Мыцьцё машынаю.* Машына для мыцьця складаецца з шэрагу шчотак, якія прыводзяцца ў хуткі рух. Каля машыны стаіць вымывальніца, якая аднэю рукою прымае ад другой вымывальніцы бутэльку, надзяе яе на шчотачку, што верціцца, якая мые яе ў сярэдзіне і знадворку, потым другою рукою вымае ўжо вымытую бутэльку і перадае яе трэцяй вымывальніцы для паласканьня. Дастаўка брудных бутэлек да машыны для мыцьця вытвараецца наступным спосабам: каля машыны, як было выказана вышэй, стаіць жалезны чоп. На дне гэтага чопу і на паверхні яго па перакладзінах пракладзены рэйкі, па якіх коціцца вагонетка. Чоп напоўнены да паловы вадою. Дзьве вымывальніцы напаўняюць вагонэтку бруднымі бутэлькамі (50—55 бутэлек у вагонэтцы). Потым пры дапамозе калаўроту спускаюць вагонэтку на дно чопу, устанавіўшы яе на рухомай пляцформе. Вымывальніца рукою падштурхвае вагонэтку з бутэлькамі па рэйках да процілеглага канцу чопу, бліжэй да машыны для мыцьця. Вымывальніца, якая тут стаіць, зноў пры дапамозе калаўроту падымае ваганэтку з бутэлькамі наверх, паварочвае яе на бок і, вымаючы адтуль бутэлькі адну за аднэй, падае іх вымывальніцы, якая стаіць каля машыны. Бутэлькі з коркамі адбіраюцца і адносяцца да чопу, дзе мыцьцё вытвараецца рукамі. Калі ваганэтка апаражняецца, яе адштурхваюць па верхніх рэйках для напаўненьня бутэлькамі.

Вымывальніца каля машыны мые 50 бутэлек у мінуту. Пры гэтым патрабуецца напружаная ўвага. Паласканьне робіцца каля круглага чопу побач з машынаю. Бутэлькі ўстанаўляюцца вымывальніцай у дзіркі кругу, што верціцца, які знаходзіцца ў чопе, такім спосабам, што горла бутэлькі пападае ў лейку, куды па трубе падаецца вада, што апалоскае бутэльку ў сярэдзіне, а знадворку бутэлькі абмываюцца вадою, якая душам льлецца з 4-х крантаў, умацаваных над чопам.

Шкоднасьці: 1) работа ў сырасьці, макраце, 2) нізкая тэмпэратура зімою і скразьнякі, 3) работа стоячы і крыху нагнуўшыся, 4) напруджаньне мускулаў пры падыманьні вагонэтак, пераношваньні бутэлек, 5) хуткія аднастайныя рухі, 6) напруджаньне ўвагі, 7) рукі ўвесь час у вадзе, 8) шум ад машыны, 9) частыя парэзы рук.

Агульна-санітарныя ўмовы рабочых памяшчэньняў.

Кубатура рабочых памяшчэньняў дастатковая.

Асноўны шкодны фактар у большасьці аддзяленьняў—гэта надзвычайная сырасьць, празьмерная вільготнасьць паветра, макрата на падлозе, як, напрыклад, у брузавальным, лагерным, фільтравальным, вымывальным бутэлек і бочак, разьлівальным, халадзільні, варыльным і саладзільнях. Паравога ацяпленьня на заводзе няма. Да сырасьці далучаецца яшчэ шкоднае дзеяньне нізкай тэмпэратуры з прычыны адсутнасьці ацяпленьня ў большасьці аддзяленьняў (у саладзільні, апаратным, брузавальным, лагерным, фільтравальным). Печы маюцца толькі ў вымывальні бутэлек і разьлівальным, але з прычыны частага адчыненьня дзьвярэй там таксама холадна зімою. Празьмерна высокая тэмпэратура ад 35—60^0 у сушнях. Ад скразьнякоў асабліва церпяць рабочыя разьлівальнага, вымывальнага аддзяленьняў і качагаркі. У некаторых аддзяленьнях, напрыклад, у брузавальным, лагерным, фільтравальным, натуральнае асьвятленьне зусім адсутнічае. У астатніх аддзяленьнях, апрача вымывальні бутэлек (1 : 5) і мэханічнай майстэрні (1 : 5), натуральнае асьвятленьне таксама недастатковае, асабліва рэзка яно недастатковае ў саладзільнях. Штучнае асьвятленьне таксама недастатковае. З шкодных газаў трэба адзначыць вялікую колькасьць вуглякіслаты ў паветры брузавальні. У трыерным, вальцавым, арфавальным, сушнях паветра забруджана пылам. Электрычныя вэнтылятары ўстаноўлены ў брузавальні, варыльным, над арфай, але яны ня дзейнічаюць. Прастыя выцяжныя трубы з каўпакамі без пабуджальнікаў маюцца над 2-ма чапамі ў варыльным, у верхняй сушні, у вальцавым. Шафы для хаваньня спэцадзежы пастаўлены ў варыльным, у качагарцы, мэханічнай майстэрні, у пакоі адпачынку сушнякоў. Спэцыяльная разьдзявальня з 30-цю зачыненымі шафамі ёсьць пры бандарнай майстэрні, але яна надта аддалена ад завадзкога корпусу. Пасудзін з гатаванаю вадою няма, рабочыя карыстаюцца для піцьця півам. Плявальніцы адсутнічаюць па аддзяленьнях. Умывальнікаў няма. Для ўмываньня рабочыя карыстаюцца вытворчымі крантамі. Маецца пры заводзе ванная для агульнага карыстаньня. Страву рабочыя ядуць у памяшчэньні клюбу.

Для палепшаньня ўмоў працы былі запрапанаваны практычныя мерапрыемствы:

1) Замасьціць незамошчаныя часткі двара і прывесьці двор у парадак;

2) пабудаваць агульную разьдзявальню бліжэй да завадзкога корпусу;

3) пабудаваць сушылку для спэцадзежы пры разьдзявальні;

4) паставіць умывальнікі і душы пры разьдзявальні і ў некаторых аддзяленьнях;

5) зрабіць захады да адхіленьня скразьнякоў у вымывальні, разьлівальным і качагарцы, пабудаваўшы тамбуры;

6) паправіць падлогі і палепшыць сьценкі вады ў лагерным, брузавальні, вымывальні, фільтравальным, халадзільні;

7) уставіць шыбы ў вокны ў вальцавым і ацяпліць яго;

8) палепшыць штучнае асьвятленьне ў аддзяленьнях;

9) зачыніць акеніцай краткі ў качагарцы сушні;

10) пабудаваць мясцовую выцяжную вэнтыляцыю ў трыерным аддзяленьні, над вальцамі і над арфай;

11) пабудаваць вэнтыляцыю ў варыльным, вымывальні, разьлівальным, у брузавальні;
12) устанавіць мэханічныя мешалкі ў сушнях;
13) мэханізаваць ахаладжэньне сусла ў брузавальных чапох;
14) мэханізаваць мыцьцё дражджэй і фільтр-масы;
15) мэханізаваць спусканьне крайзы (сусла з дражджамі) у лагер;
16) паставіць пасудзіны з гатаванаю вадою па аддзяленьнях;
17) паставіць плявальніцы па аддзяленьнях;
18) даць 3-ці дадатковы тыдзень водпуску арфавальнікам, заторніку, разьлівальніку, вымывальніцам і фільтравальніку;
19) даць месячны водпуск трыерніку;
20) выдаць сушнякам цёплыя курткі для пераходаў у качагарку;
21) выдаць арфавальніку кажушок;
22) выдаць лагернікам суцэльныя прагумаваныя халаты для мыцьця фасаў;
23) перавесьці сталярную майстэрню ў лепшае памяшчэньне;
24) выдаваць брузавальнікам і лагернікам па 1 літру малака ў дзень.

З запрапанаваных практычных мерапрыемстваў, для палепшаньня ўмоў працы выкананы наступныя пункты: 2, 3, 4, 6, 8, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23.

Ня выкананы пункты: 9, 10, 17, 22, 24. Выкананы часткова пункт: 1—павялічана плошча замошчанасьці двара.

Па п. 5—пабудаваны тамбур у вымывальным бутэлек і варыльным аддзяленьнях. Захады да адхіленьня скразьнякоў у качагарцы ня зроблены. Пункт 7 выкананы толькі ў першай частцы—устаўлены шыбы ў вокны вальцавога аддзяленьня. Па пункту 11—зроблена вэнтыляцыя ў варыльным аддзяленьні, але кепска дзейнічае. У вымывальным аддзяленьні над чопам зроблен выцяжны каўпак.

П. 13—выкананы, але з прычыны эканоміі зімою штучнае ахаладжваньне ня робіцца і брузавальнікі, як і раней, носяць лёд у чапы рукамі.

П. 16—выкананы часткова, бакі з гатовою вадою пастаўлены толькі ў саладзільні, вымывальным і мэханічнай майстэрні.

Абсьледвана прафклінікай 84 чалавекі; рабочыя першых 9-ці груп вывучаліся стацыянарна, астатнія зьмяшчаліся ў стацыянар толькі па назначэньню дактароў.

Разьмеркаваньне рабочых па профэсыях, роду, сямейнаму стану, узросту, нацыянальнасьці, профстажу і ўзросту пачатку працы відаць з табліцы № 1. Кожнае аддзяленьне заводу мае свае асаблівасьці работы, свой распарадак, свае санітарныя неўпарадкаваньні, свае спэцыфічныя профшкоднасьці і г. д.; з прычыны гэтага злучаць, як гэта практыкуецца, некалькі, груп хоць-бы і блізкіх, але ня зусім аднолькавых між сабою, у адну мы лічылі немагчымым, лічачы, што такое злучэньне не ў інтарэсах шуканьня правільнага адказу, як работа ў даным аддзяленьні ўплывае на асоб, якія ў ім працуюць. З прычыны гэтага мы маем малыя лічбы ў групах, але, праводзячы абсьледваньне на некалькіх заводах, накапляючы матар'ял, з цягам часу атрымаем дастатковыя лічбы для вывадаў. (Гл. табл. № 1 на стр. 32).

Жаночая праца ўжываецца ў аддзяленьнях мыцьця і разьліваньня, г. зн. у аддзяленьнях, куды паступае ўжо гатовы прадукт вытворчасьці. Сярод рабочых прадпрыемства няма маладзей 21 году, старэй 55 год—1, старэй 45—3. На прадпрыемстве працуе, галоўным чынам, самы працаздольны ўзрост—26—45 год, які найбольш устойлівы ў адносіных да профшкоднасьцяй. Пісьменных рабочых 62 проц., мала-

Табліца № 1.

Назва профэсыі	Усяго	Род		Сям. стан			Нацыянальн.					Узросты						Стаж профэсыі						Пачатак працы				
		Мужч.	Жанч.	Хал., дзяўч.	Жанат., зам.	Разьведз.	Бел.	Яўрэі	Палякі	Расійцы	Іншыя	18–20	21–25	26–35	36–45	46–55	56 і вышэй	Да 1 году	1–3	4–5	6–10	11–20	21 і вышэй	Да 9 год	10–12	13–14	15–17	18 і вышэй
1. Сушнякі	8	8	—	2	6	—	4	—	—	3	1	—	2	5	1	—	—	2	5	1	—	—	—	—	1	1	3	3
2. Трыернікі, арфавальнікі	2	2	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—
3. Саладзільнікі	9	9	—	1	8	—	8	—	1	—	—	—	1	2	5	—	1	—	4	—	1	2	2	1	4	2	1	1
4. Заторнікі	3	3	—	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	2	1	—
5. Халадзільнікі	2	2	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—
6. Брузавальнікі	5	5	—	—	5	—	2	1	—	1	1	—	1	3	1	—	—	—	3	1	1	—	—	1	1	3	—	—
7. Вучні півавара	2	2	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—
8. Лагернікі	3	3	—	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	2	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	1	1	1	—
9. Фільтравальнікі	3	3	—	—	3	—	1	—	—	1	1	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	1	—
10. Разьлівальнікі, каркавальнікі	6	5	1	1	5	—	2	3	—	1	—	—	2	3	1	—	—	—	2	—	2	2	—	—	3	1	1	1
11. Вымывальнікі	15	2	13	3	10	2	4	8	—	3	—	—	8	6	1	—	—	—	4	4	5	1	1	7	3	—	3	2
12. Сталяры, бандары	5	5	—	1	4	—	—	3	2	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	1	—	1	3	—	1	3	1	—
13. Розныя	21	20	1	7	14	—	12	4	—	3	2	3	2	6	4	6	—	—	1	1	4	6	9	1	3	6	7	4
Разам	84	69	15	15	67	2	40	21	4	12	7	4	17	35	15	11	2	4	24	14	14	13	15	11	20	23	19	11
%	100	82	18	18	79	2	48	25	5	14	8	5	20	42	18	13	2	4	28	17	17	16	18	13	24	27	23	13

пісьменных 23 проц., няпісьменных 15 проц. Няпісьменныя з мужчын працуюць на цяжкай і пыльнай рабоце (4 саладзільнікі, 1 трыернік, 1 арфавальнік), астатнія няпісьменныя—жанчыны.

Больш паловы рабочых, занятых на прадпрыемстве, маюць проф-стаж ня звыш 5 год, з іх з стажам да 3-х год у два разы больш, чым з стажам звыш 3-х год. У дапаможных рабочых стаж часьцей больш 5—10 год. У большасьці аддзяленьняў заводу не патрабуецца асаблівай кваліфікацыі; можна хутка дапасаваць сьвядомага рабочага. Бровар ня дзейнічаў з 1915 па 1923 год—мабыць, былыя рабочыя працавалі на іншай вытворчасьці. Умовы работы цяжкія, а аплата працы ня столькі высокая, каб быў сэнс пераходзіць. Зьвярнуліся ў бровар толькі некалькі асоб, калі ня лічыць жанчын і дапаможных рабочых. Большасьць рабочых, як выявілася пры апытаньні, паступіла на бровар выпадкова, толькі адзін вучань півавара адказаў, што абраў сабе прафэсыю па схільнасьці да справы. З дапаможных рабочых 6 абралі прафэсыю па схільнасьці, 4 перанялі рамяство бацькі.

Бюджэт рабочых: ад 30 руб. да 40 руб. у месяц маюць вымывальніцы (4%), ад 41—50 руб. 3 сушнякі, трыернік, 4 саладзільнікі, заторнік, 5 разьлівальнікаў, 7 вымывальніц, 6 розных, усяго 27 чалавек (32%), ад 61—80 руб. адзін вучань півавара, 1 сушняк, 1 заторнік, 3 вымымывальніцы, 3 столяры, 3 розных, усяго 12 чалавек (14%), ад 81—100 руб.—2 лагернікі, 1 разьлівальнік, 1 вымывальніца і 7 розных, усяго 11 чалавек (13%), ад 101 руб. і вышэй—1 вымывальніца, 2 столяры, 3 розных, усяго 6 чалавек) (7%), астатнія, у колькасьці 25 чалавек (30%) маюць бюджэт ад 51—60 руб.

Расход бюджэту на квартэру, харчаваньне і адзежу паказаны ў табліцы № 2.

Табл. № 2

Расход бюджэту

Расход	Бюджэт	30—40	41—50	51—60	61—80	81—100	101 і вышэй	Разам	%
Кватэра	Да 3-х руб.	1	3	—	—	—	—	4	4
	4—5 р.	2	3	3	—	—	—	8	9
	6—10 р.	—	18	17	6	6	2	49	60
	11—15 р.	—	3	5	4	2	1	15	18
	16 і вышэй	—	—	—	1	3	2	6	7
	Няма адказу	—	—	—	1	—	1	2	2
	Разам	3	27	25	12	11	6	84	100
Харчаваньне	Да 20 руб.	3	4	—	—	2	—	9	10
	21—30 р.	—	18	21	2	1	—	42	50
	31—40 р.	—	3	3	5	2	—	13	16
	41—60 р.	—	—	—	4	5	2	11	13
	61 і вышэй	—	—	—	—	1	3	4	5
	Няма адказу	—	2	1	1	—	1	5	6
	Разам	3	27	25	12	11	6	84	100
Адзежа	Да 5 руб.	2	1	1	1	—	—	5	6
	6—10	1	19	12	7	5	1	45	53
	11—15	—	4	9	2	1	—	16	20
	16—20	—	—	1	2	2	1	6	7
	21—25	—	—	1	—	2	—	3	3
	Вышэй	—	—	—	—	1	3	4	5
	Няма адказу	—	3	1	—	—	1	5	6
	Разам	3	27	25	12	11	6	84	100

Разьмеры пакою ці квартэры і якасьць іх не знаходзяцца ў пэўнай залежнасьці ад бюджэту: жыльлёвы крызіс не даваў выбару, і рабочыя, якія маюць добры бюджэт, жывуць на плошчы падлогі да 4,5 кв. мэтр і наадварот. 44 чалавекі (52%) маюць плошчу падлогі да 4,5 кв. м., 36 чалавек (43%) ад 4,6 да 9 кв. м. і 4 (5%) звыш 9 кв. м. Пакоі сырыя ў 44 рабочых (52%), халодныя ў 38 (45%), цёмныя ў 11-ці (13%), брудныя ў 11 (13%). У 30% рабочых няма ў вокнах пакою фортачак. (Абсьледваньне кватэрных умоў адбывалася наведваньнем кватэр). Жыльлёвыя ўмовы трэба прызнаць нездавальняючымі. Маюць паасобны для сябе ложак 48 чалавек (57%), астатнія сьпяць разам з кім-небудзь. У баню ходзяць кожны тыдзень 38 рабочых (45%), адзін раз у два тыдні—27 (32%), астатнія радзей. Чысьцяць зубы 29 чалавек (34%). Рукі перад ядою мыюцца незаўсёды. Сьпяць рабочыя па 8 гадзін 35% рабочых, па 7 гадзін—31%, па 9 гадз.—20%, па 10 гадз.—каля 8% і па 6 гадз.—5%. Рабочыя шмат часу трацяць на пераходку ад кватэры да заводу: больш поўгадзіны 55% (з іх ня менш аднае гадзіны 12%), больш 15 мінут 10%, больш 10 мінут—17% і толькі 18% менш 10 мінут.

Работа ў бровары, блізкасьць піва, выдача адміністрацыяй рабочым па аднэй бутэльцы піва ў дзень, адсутнасьць вады для піцьця[1]), прывучаюць рабочых да спажываньня алкаголю (піва) і 95% рабочых п'е і толькі 5% ня п'е (2 дзяўчыны, якія працуюць менш аднаго году, адзін заторнік і 1 саладзільнік). Штодня п'юць піва (паказаньні самых рабочых):

вымывальніцы ад 1 бутэлькі да 4, заторнікі па 1 бутэльцы (?), лагернікі ад 1 да 10, саладзільнікі ад 1 да 3; розныя (чорнарабочыя) ад 1 да 15, разьлівальнае аддзяленьне ад 2 да 12, сушня ад 2 да 15, брузавальнікі ад 3 да 18, фільтравальнікі ад 3 да 10.

Сталяры, бандары п'юць піва мала, ад поўбутэлькі да 4-х. П'юць гарэлку (не выпадкова): 3 сушнякі, 4 саладзільнікі, 1 халадзільнік, 3 брузавальнікі, 2 лагернікі, 2 фільтравальнікі, 3 разьлівальнікі, 4, якія працуюць у вымывальні, 4 сталяры-бандары, 12 асоб з групы розных, усяго 38 чалавек. Кураць 64%, процант курцоў мужчын будзе вышэй, калі выключыць жанчын. Апошніх кураць толькі дзьве.

Плоцьнае жыцьцё рабочых: ня жыло плоцьным жыцьцём 9%, пачалі плоцьнае жыцьцё з 14—15 год—5%, з 16 год—каля 3%, з 17 г.—10%, з 18 год—28%, з 19 год—10%, з 20 год—12%, з 22 год і старэй астатнія (23%). Да 17 год пачалі плоцьнае жыцьцё менш 8%. Онанізм не адмаўляе 7 асоб. 10 чалавек заявілі, што хварэлі трыперам, 5—шанкірам (была „язвачка“, а ці мяккі ці цьвёрды шанкір з допыту ня ўдалося высьветліць). Coitus interruptus ужываюць 5 чалавек.

У адносінах насьледнасьці трэба зазначыць, што, ня гледзячы на ўважлівае распытваньне рабочых, атрымаць дакладных вестак не ўдалося. Сыфіліс адмаўляўся ўсімі. Аб сухотнай насьледнасьці можна дапушчаць у 10%, аб нэрвова-псыхічнай каля 3%. Алкагалізм пацьвярджаецца ў 27%, але ўстанавіць мяжу між бацькам, які піў шмат і мерна, не ўдалося.

З перажытых хвароб адзначаюцца: сыпны тыфус у 24 асоб, звротны—у 20 асоб, брушны—у 18, нявызначаны—у 2. Некаторыя перахварэлі ўсімі тыфусамі, некаторыя двума. Запаленьнем лёгкіх хварэла 12 чалавек, пляўрытам 2, сухотамі 1, атручана газамі 2.

---

[1]) Вымывальніцы скардзіліся, што адсутнасьць вады для піцьця вымушае іх піць піва, а потым „прывыкаеш да піва“.

Паранена 19, кантужан 1. Крываўка адзначана ў 2, трасца балотная (малярыя) у 4, гішпанка ў 2, воспа ў 3, цынга ў 2. Як відаць, рабочыя якія разглядаліся, хварэлі шмат.

Па складу цела нашы рабочыя даволі моцныя. Індэкс Піньe дае такія лічбы:

Індэкс Піньe	Абсалютныя лічбы	Процанты
Да 5	22	26
6—10	19	23
11—15	13	16
16—20	13	16
21—25	9	11
26—30	8	8

Суб'ектыўныя скаргі рабочых: больш за ўсё рабочыя скардзіліся на змардаванасьць (больш 85%), зьнясіленьне, што залежыць ад інтэнсыўнасьці работы, малой колькасьці штату і зьдзельнаю работаю. Канечна, ня трэба забываць, што большая частка вытворчасьці патрабуе значнага фізычнага напруджаньня (перакіданьне соладу, работа ў сушні, нашэньне лёду, мыцьцё фасаў і г. д.). Рабочыя сушні паказвалі на высокую тэмпэратуру, пры якой ім прыходзіцца працаваць, скардзіліся на пыл, на пыл скардзіліся таксама трыернік і арфавальнік. Астатнія рабочыя, апрача сталяроў, бандароў і розных, паказвалі на сырасьць, вільготнасьць, частка—на цяжкую работу, наяўнасьць вуглякіслаты, скразьнякі, холад і г. д. Многа скаргаў на болі ў грудзёх, кашаль, болі ў суставах, у нагах, у баку, на агульную слабасьць, галаўныя болі і галавакружэньні.

Частка скардзілася на дыспэптычныя зьявы. Мы маем даныя Харчтрэсту аб нявыхадзе на работу з прычыны хваробы:

Назва заводаў	1924-1925			1925-1926			Перш. палов. 26/27 г.		
	Номінальны лік чалавекадзён	Лік незьяўленьня па хваробе	%	Номін. лік чалавекадзён	Лік незьяўленьня па хваробе	%	Номін. лік чалавекадзён	Лік незьяўленьня па хваробе	%
Беларусь . . .	29642	1347	4,5	31515	1561	5,0	16106	813	5,0
Імя Бебеля. . .	30894	1106	3,6	37148	1616	4,4	17538	538	3,0
Спартак . . .	9192	207	2,3	12337	525	4,3	6168	138	2,2
Пралетары. . .	Ня быў падпарадкаваны трэсту						7555	463	6,2
Разам: .	69728	2660	3,8	81000	3702	4,6	47370	1952	4,1

Табліца зразумелая і не патрабуе тлумачэньняў.

Табл. № 3.

Хваробы і профэсыі.

Хваробы.	Прафэсыі														
	Сушн.	Трыернік	Саладзільн.	Заторнікі	Халадзільн.	Брузавальн.	Вучні-півавара	Лагернікі	Фільтравальнікі	Разьлів.	Вымывальнікі	Сталяры	Розныя	Разам	% %
Верхн. дыхальн. шляхоў	8	1	5	1	1	1	—	—	1	3	7	5	8	41	49
Лёгкіх	4	1	3	—	—	2	—	1	2	1	5	3	7	29	35
Сухоты . . .	8	1	4	1	1	1	1	—	—	2	2	1	5	27	32
Артэрыёсклероз . .	—	—	4	—	1	2	—	1	1	1	1	3	4	18	22
Сэрца . . .	2	1	4	—	1	—	1	1	1	1	1	2	5	20	24
Варыкозн. пашырэньне вен . . .	1	—	4	—	—	—	—	1	—	1	4	1	1	13	15
Гэморой . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	3	4
Гінгівіт . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	2
Страваварыльны шлях.	2	1	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	2	10	12
Печані . . .	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	5
Раматус . . .	1	—	2	1	1	1	1	1	1	2	4	—	4	19	22
Вока . . .	6	2	7	1	2	2	2	2	2	3	6	2	9	46	55
Вушныя . . .	2	1	1	—	2	2	—	1	—	3	—	2	2	16	19
Жаночыя . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3	3
Скурныя . . .	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	4	—	2	10	12
Грыжы (кілы) . .	—	—	—	—	1		—	1	1	—	—	—	2	5	6
Нэрвовыя . . .	—	—	3	—	—	2	1	—	1	—	3	2	1	13	15
Разам: . .	37	8	40	4	10	17	6	10	10	20	41	23	53	279	332
% %	462	400	444	133	500	340	300	333	333	333	273	460	252	332	—

На першым месцы па захваравальнасьці трэба паставіць рабочых сушні, якія ўсе хварэюць сухотамі і захварэньнем верхніх дыхальных шляхоў і маюць 4—6 хвароб на кожнага. Як захварэньне верхніх дыхальных шляхоў, так, мабыць, і сухот трэба лічыць з прычыны ўмоў работы: кожнаму з сушнякоў трэба перакінуць па 24.000 кілё соладу за зьмену, працуючы пры тэмпэратуры 35—60°, пры чым зьяўляецца сухі, гарачы пыл. Не выратоўвае, мабыць, сушняка і завязваньне хустачкаю роту і носу, што яны ўжываюць. Сушнякам прыходзіцца часта потным і ня зусім астыглым спускацца ў качагарку, дзе скразьнякі і холадна. Малая колькасьць хворых раматусам сярод іх тлумачыцца часткова вельмі моцным складам цела іх, малым стажам і позьнім па ўзросту пачаткам работы. Ува ўсіх іх, апрача тых, якія нядаўна пачалі працаваць, маецца захварэньне вачэй. Другое месца па захваральнасьці належыць рабочым саладзільні. Сярод іх дастатковы процант хворых сухотамі і захварэньнем лёгкіх і дыхальных шляхоў. Цяжкая работа (перакіданьне соладу) адбіваецца на судзінна-сэрдэчнай сыстэме. Амаль ува ўсіх маецца захварэньне яе: хваробы сэрца, артэрыёсклероз і варыкознае пашырэньне вен. З саладзільнікаў толькі адзін старэй 45 год, затое яны маюць вялікі профстаж: ад 11 да 20 год—2 чал., звыш 20 год таксама 2 чал. У тых, у якіх ня выяўлена хвароба сэрца, адзначаны глухія тоны сэрца: цяжкая фізычная работа пачынае выяўляцца. Гэтыя рабочыя маюць малы профстаж—у 4 ад 1 году да 3-х год. Між іншым, можа мець уплыў і алкагалізм іх (доўгае спажываньне піва). Наступнае месца з рабочых прадпрыемства займаюць халадзільнікі, умовы работы якіх цяжкія, як відаць з апісаньня іх профэсыі. За імі ідуць трыернік і арфавальнік, якія працуюць у пылу і носяць мяшкі з

ячменем. У трыерніка tbc і закранута хваробаю сэрца. Пасьля іх ідуць брузавальнікі, параўнаўча ўдачная група, якая мае 1 сухоты і 2 бранхіты. У іх адзначаецца раньні артэрыёсклероз. Лагернікі і фільтравальнікі маюць аднолькавы процант захварэньняў, яны аднолькавых узростаў і даюць у сярэднім зьніжаны процант захварэньняў. Аднак з боку судзінна-сэрдэчнай сыстэмы яны ня зусім здаровы, асабліва лагернікі. Малую лічбу захварэньняў далі заторнікі, што можа быць вытлумачана іх параўнаўча маладым узростам (да 35 год) і малым стажам. Разьлівальнікі і вымывальніцы, якія падпадаюць дзеяньню скразьнякоў і працуюць у сырасьці, даюць захварэньні верхніх дыхальных шляхоў, лёгкіх і tbc, а таксама раматус, работа стоячы выклікае варыкознае пашырэньне вен, у іх-жа наглядаюцца скурныя захварэньні. З дапаможных рабочых па колькасьці захварэньняў на першым месцы стаяць сталяры і бандары, што тлумачыцца апрача профэсыі і ўзростам іх.

Тых, якія ня мелі ніякіх захварэньняў, знойдзена каля 20 проц.

Наогул рабочыя практычна здаровы ўсе, толькі менш 1% маюць сухоты з нахілам да дэкомпэнсацыі. З абсьледаваных рабочых 2 былі пасланы на курортнае лячэньне, некаторыя ў дом адпачынку, у дыэтсталовую і інш.

Табл. № 4.

Захваральнасьць груп у %.

НАЗВА ХВАРОБ.	Сушнякі	Трыернікі	Саладзільнікі	Заторнікі	Халадзільнікі	Брузавальнікі	Вучні півавара	Лагернікі	Фільтрав.	Разьлівальнікі	Вымывальніцы	Сталяры	Розныя	% для ўсіх груп
Верх. дыхальн. шляхаў . .	100	50	55	33	50	20	—	—	33	50	46	100	38	49
Хваробы органаў дыханьня .	50	50	—	—	—	40	—	33	66	17	33	60	34	35
Сухоты	100	50	45	33	50	20	50	—	—	33	13	20	24	32
Артэрыёсклероз . . .	—	—	45	—	50	40	—	33	33	17	6	60	19	22
Хваробы сэрца. . . .	25	50	45	—	50	—	50	33	33	17	6	40	24	24
Варыкознае пашырэньне вен .	12	—	45	—	—	—	—	33	—	17	26	20	5	15
Гэморой	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	40	—	4
Гінгівіт	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	5	2
Страваварыльны шлях . .	25	50	33	—	—	20	—	—	—	17	—	—	9	12
Печані	25	—	—	—	—	20	—	33	—	—	—	—	—	5
Раматус	12	—	22	34	50	20	50	33	33	33	26	—	19	22
Вочныя	75	100	77	33	100	40	100	66	66	50	40	40	43	55
Вушныя	25	50	11	—	100	40	—	33	—	50	—	40	9	19
Жаночыя	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	3
Скурныя	12	—	—	—	—	20	—	—	—	33	26	—	9	12
Грыжа (кіла)	—	—	—	—	50	—	—	33	33	—	—	—	9	6
Нэрвовыя.	—	—	33	—	—	40	50	—	33	—	23	40	5	15
% . . .	462	400	444	133	500	340	300	333	333	333	273	460	252	332

Калі ня лічыць захварэньняў вачэй, галоўным чынам кон'юнктывітаў, дык на першым месцы будуць хваробы верхніх дыхальных шляхоў, якія адзначаны ў 50 проц. усіх рабочых. На 100 проц. хварэюць імі сушнякі і сталяры, якія працуюць у пылу і падпадаюць дзеяньню рознай тэмпэратуры. Потым ідуць хваробы органаў дыханьня. Наступнае месца займаюць сухоты. Аб 100 проц. захварэньні рабочых у сушні мы ўжо гаварылі. Калі хворых сухотамі сушнякоў[1]) (100 проц.) і саладзільнікаў[1]) (45 проц.) злучыць у адну групу, як гэта робяць сані-

[1]) Сушыльнікі і лапатнікі па тэрміналёгіі Масквы.

тарныя дактары Ткачэнка і Кельх, якія апісалі Трохгорны бровар у Маскве (Труд и здоровье рабочих, вып. 1—26 г.), дык атрымаем 72 проц. хворых, г. зн. процант набліжаны да знойдзеных у рабочых Трохгорнага заводу 69 проц., але гэты процант зацямніць 100 проц. захварэньне сушнякоў заводу „Беларусь". Вось пацьвярджэньне нашай думкі, што ня трэба згуртоўваць рабочых неаднолькавых дэтальных профэсый. У рабочых Трохгорнага заводу хварэюць сухотамі 31,9 проц., у нас—32 проц., аднак лічбы ня ўсе супадаюць. У іх—падвал і брузавальня далі 13 проц. сухотных, у нас брузавальнікі паказалі 20 проц., а лагернікі і фільтравальнікі—0. Вымывальня ў нас дала 13 проц., у іх—29,3 і нават 33,5—жанчыны. Пры гэтым умовы работы ў Маскве і ў Менску адрозьніваюцца, мае значэньне і ўзрост, выпадковы падбор. Ды і лік намі абсьледаваных рабочых малы, так што нельга рабіць абагульняльных вывадаў. Потым ідуць хваробы сэрца і судзіннай сыстэмы. Як паказана вышэй, вялікае фізычнае напруджаньне пры рабоце ў саладзільнікаў на працягу шэрагу год уплывае на захварэньні судзінна-сэрдэчнай сыстэмы. Доўгая па часу работа стоячы на нагах выклікае пашырэньне вен, што адзначаецца таксама і ў вымывальніц. Апрача паказаных у табліцы захварэньняў, мы часта знаходзілі глухія тоны сэрца. Калі глухія тоны сэрца разглядаць, як выяўленьне пачатковага паражэньня мускулу сэрца, і „глухія тоны" дадаць да лічбаў „хвароб сэрца", дык атрымаем, што апрача саладзільнікаў на 100 проц. маюць захварэньне сэрца трыернікі, арфавальнікі, лагернікі, на ²/₃—фільтравальнікі, больш паловы рабочых сушні. І прыходзіцца думаць, што на сэрцы выяўляецца цяжкая фізычная праца. Зразумела, не выключаецца ўплыў і алкаголю, але адным ім цяжка вытлумачыць высокі процант захварэньняў сэрдэчна-судзіннай сыстэмы.

Пульс нармальны, амаль у 62 проц. выпадкаў, брадыкардыя ў 27 проц., тахікардыя ў 11 проц. У табліцу хвароб мы ня ўключылі малакроўя. Ува ўсіх рабочых было зроблена дасьледваньне крыві. Даем сярэднія лічбы. (Кроў узята прыблізна ў 6 гадзін вечарам, рабочыя прыходзілі ў паліклініку на абсьледваньне пасьля работы).

ГРУПЫ РАБОЧЫХ	% НВ	Лік эрытроцытаў	Колькасьць лейкацытаў	Эозынофілаў
Сушнякі	71	4.100.000	7.700	3,42
Трыернікі	70	4.000.000	8.000	3,0
Саладзільнікі	72	4.075.000	7.800	2,77
Заторнікі	74	4.300.000	8.250	2,0
Халадзільнікі	72	4.000.000	8.400	2,5
Брузавальнікі	76	4 300.000	7.400	3,0
Вучні півавара	76	4 450.000	7.750	2,5
Лагернікі	77	4.400.000	8.000	3,33
Фільтравальнікі	76	4.500.000	7.900	2,5
Разьлівальнікі	70	4.000.000	7 800	2,36
Вымывальніцы	69	4.300.000	8.000	4,4

Толькі ў паасобных нязначных па колькасьці выпадках процант гэмоглобіну быў 80 (лагернікі, фільтравальнікі), вышэй 80 ня было ніводнага выпадку. Эрытроцытаў ні ў водным выпадку ня знойдзена 5.000.000. Лейкацытаў ня было менш 6.200 (вымывальніцы), колькасьць іх падымалася да 12.000 (саладзільнікі). Эозынофілаў ні ў кога ня было менш 2%, а даходзілі да 11% (вымывальніцы).

Склад крыві, які можна прызнаць нармальным для аднэй асобы, можна лічыць ня зусім здавальняючым для рабочых заводу ў цэлым, для ўсіх груп заводу, з якіх адна група, як сушнякі, працуе пры ўмовах высокай тэмпэратуры, пры адсутнасьці вільготнасьці, другая, як падвал, працуе пры наяўнасьці лішку вільготнасьці. Мабыць, ёсьць нейкі агульны фактар, які выклікае зьмену складу крыві. Рабочыя ў большасьці добрага складу цела, самага моцнага ўзросту, якія маюць невялікі профстаж, а процант Hb малы, колькасьць эрытроцытаў зьменшана, колькасьць лейкоцытаў ува ўсіх групах крыху павялічана, схільнасьць да эозынофіліі. Ці ёсьць гэта вынік спажываньня піва, атручаньня вуглякіслатою, ці ўплыў іншых фактараў, пакуль што мы адказу даць ня можам. Пытаньне далей трэба вывучаць і наглядаць. Разьвязаньнем яго мы займаемся і робім дасьледаваньне. Тыя-ж самыя рабочыя, знаходзячыся ў стацыянары, давалі іншы склад крыві, напрыклад: журнал № 3 (саладзільнік) пры амбуляторным абсьледаваньні ў рабочага Hb было 75%, у стацыянары—95%; журнал № 17, поліклінічна Hb—75%, эрытроцытаў 4.200.000, у стацыянары Hb—82%, эрытроцытаў 4.700.000; № 28 (вальцавальнік) амбуляторна: Hb—65%, эрытроцытаў 3.800.000, у стацыянары—Hb 89%, эрытроцытаў 4.780.000 і г. д. У стацыянары бралі кроў ня ў першы дзень паступленьня, а дзень на трэці-чацьверты, часам пазьней. Уражаньне такое, што чым пазьней узята кроў у стацыянары, тым лепшы склад крыві. Прапусканьне рабочых цераз стацыянар надта зацягнулася— ня можна было браць з прадпрыемства па некалькі чалавек адразу бяз страты для заводу. Рабочыя, якія паступалі ў стацыянар паасобна і з інтэрваламі, на жаль, не адразу фіксавалі нашу ўвагу на складзе крыві. Памяншэньня % гэмоглобіну і зьмену складу крыві мы ня можам лічыць выключна з прычыны доўгага атручаньня вуглякіслатою. Цераз нашу клініку прайшло 400 рабочых дражджавых заводаў, дзе вуглякіслата таксама маецца (дражджавая вытворчасьць мае шмат агульнага з піваварнай), аднак рабочыя дражджавых заводаў ня далі такое зьмены крыві. Уплыў алкаголю (піва) бязумоўны (рабочыя прыходзілі ў поліклініку вечарам проста з работы, якія прынялі, мабыць, ужо сваю порцыю піва), але і адным дзеяньнем піва не вытлумачваецца такі склад крыві. Лагернікі, фільтравальнікі п'юць піва ня менш саладзільнікаў, а больш, аднак, яны далі лепшыя лічбы, чым саладзільнікі. Мабыць, на зьмену складу крыві дзейнічнае не адзін фактар.

Раматусам хварэюць каля 20%. Значны процант, прымаючы пад увагу малы стаж рабочых і іх узрост. Хваробы страўніка і кішак адзначаны толькі ў 12%. Мы ня ставілі дыагнозу захварэньня страўніка-кішэчнага шляху на падставе толькі скаргаў рабочага і аднаразовага дасьледаваньня, нашы дыагнозы пастаўлены пасьля стацыянарнага вывучэньня, дасьледаваньняў соку страўніка, калу і правядзеньня хворага цераз рэнтгенаўскі габінэт. У стацыянар мы зьмяшчалі ня ўсе групы рабочых, вось чаму не зазначаны хваробы страўніка ў сталяроў, бандароў і інш. Ва ўсіх хворых стацыянару мы рабілі дасьледаваньне соку страўніка. Хоць лічбы груп рабочых нязначныя і не даюць права рабіць заключэньняў, аднак, мы лічым магчымым, падаць вынікі дасьледваньняў соку страўніка, таму што гэтыя вынікі сьцьверджаны

іншымі нашымі дасьледаваньнямі аднолькавых рабочых. Сярэднія даныя, атрыманыя намі:

Групы рабочых	Агульная кіслотнасьць	Вольная Hcl
Сушнякі . .	47	26,75
Лагернікі .	50	23,0
Саладзільнікі	44	23,0

Мы не падаем сярэднія даныя для трыернікаў, таму што агульная колькасьць іх, прапушчаных цераз клініку, малая. Трыернік бровару даў агульную кіслотнасьць роўную 30, вольная Hcl—8. Мы ня схільны тлумачыць зьніжэньне кіслотнасьці толькі спажываньнем піва, хоць у некаторых паасобных выпадках даўгое ўжываньне піва вымушала думаць аб алькагольным катары. Спажываньне піва рабочымі бровараў трэба лічыць профэсыйнай шкоднасьцю, а не бытавым злом.

Захварэньні печанёў даводзяць аб злоўжываньні алкаголем, але не выключаецца і сэрдэчная патолёгія. Процант нэрвова-псыхічных захварэньняў у нас нязначны—13%. У сапраўднасьці-ж ён павінен быць вышэй: часьць рабочых не абсьледавана нэўропатолёгам клінікі, з прычыны яго адсунасьці ў той час, калі рабілася абсьледаваньне рабочых.

Мы склалі табліцу, у якой хворых па кожнаму захварэньню падзялілі па нацыянальнасьці. Па прапанове рэдакцыі з-за тэхнічных меркаваньняў мы яе не падаем, таксама, як і шэраг іншых табліц.

Яўрэі даюць вялікі процант захварэньняў (452%), хоць, галоўным чынам, працуюць у вымывальным і разьлівальным аддзяленьнях, сталярамі і іншымі дапаможнымі рабочымі. Часткова гэта тлумачыцца тым, што больш паловы іх жанчыны. Мала хворых сярод іншых і палякоў. Па захварэньню верхніх дыхальных шляхоў першае месца маюць яўрэі (52%), потым расійцы (38%), побач з імі беларусы (37%). Хваробы лёгкіх і сухоты ў першую чаргу ў беларусаў (30%), потым яўрэяў (20%). Хваробы сэрца і артэрыёсклероз—беларусы (29%), яўрэі (20%). Varices—яўрэі (24%) і беларусы (12%). Хваробы скуры ў 24% яўрэяў і 6% расійцаў. Раматус—у 28% яўрэяў і 20% расійцаў.

Узрост (табліца не падаецца) уплывае на колькасьць захварэньняў: чым старэйшы ўзрост, тым больш захварэньняў. Хваробысэрца: у ўзросьце 21—25 г.—18%, у ўзросьце 26—35 г.—22%, у ўзросьце 36—45 г.—38% у ўзросьце 46—55 г.—40% у ўзросьце старэй 55 год—50%. Артэрыёсклероз у ўзросьце 26—35 г. 9%, 36—45 г.—50%, 46—55 г.—63%, вышэй—100%. Хваробы лёгкіх: 21—25 г.—18%, 26—35 г.—35%, 36—45 г.—38%, 46—55 г.—70%, вышэй—100%. Раматус: 21—25 г.—12%. 26—35 г.—22%., 36—45 г.—30%, 46—55 г.—50%, вышэй—50% Захварэньні вачэй: 21—25 г.—44%, 26—35 г.—56%, 36—45 г.—60%, 46—55 г.—90%, старэй—100%. Гэтай законамернасьці няма ў адносінах сухотаў, пасьля 45 год хворых сухотамі мы ня бачым. Нэрвовыя хваробы, скурныя і захварэньні вушэй не паказваюць простай залежнасьці ад узросту.

Табліца захварэньняў у зьвязку з матар'яльным станам не падаецца Пад'агуліўшы, мы бачым, што з палепшаньнем матар'яльнага добрабыту, з падвышэньнем бюджэту процант захварэньняў зьмяншаецца, аднак заработак, мабыць, павялічваецца з узростам рабочага, падвышэньнем кваліфікацыі яго, а таму тут адыгрывае ролю яшчэ і ўзрост: маладыя яшчэ моцныя здароўем рабочыя, хоць і мала зарабляюць, хва-

рэюць менш. Захварэньне судзін—артэрыёсклероз залежыць і ад узросту, палепшаньне бюджэту не зьмяншае гэтае захварэньне, тое-ж самае заўважваецца і ў адносінах да varices, хвароб сэрца, раматусу. Разьмеры кватэры таксама ўплываюць на захваральнасьць і таксама не ў адносінах да ўсіх хвароб. Наяўнасьць паасобнага ложку ў рабочага зьмяншае агульны процант захварэньняў. Навычку спаць у агульным ложку трэба выкараняць.

Узрост, з якога рабочы распачынае працаваць, таксама мае ўплыў на захваральнасьць. Чым у больш позьнім узросьце, чым больш умацаваным і фізычна разьвітым рабочы пачынае працаваць, тым больш устойлівым зьяўляецца яго організм. Стаж работы таксама выяўляецца падвышэньнем проценту захваральнасьці. Павялічэньне стажу профработы цягне за сабою падвышэньне проценту захваральнасьці. Гэтае палажэньне дакладна пацьвярджае, што ўплыў профэсыі на рабочага нязьменна выяўляецца ў большай захваральнасьці.

Спажываньне алкаголю (піва) рэзка ўплывае на падвышэньне захваральнасьці больш чым удвойчы. Не застаецца бяз уплыву і курэньне тытуню. Абсьледаваныя намі рабочыя бровару ўзяты клінікай на ўлічэньне, дыспансэрызаваны. Далейшыя нагляданьні і паўторныя абсьледаваньні дадуць нам магчымасьць, мабыць, вырашыць тыя пытаньні, якія засталіся ня зусім яснымі пасьля аднаразовага вывучэньня. Хоць агульная колькасьць рабочых абсьледаваных намі невялікая і не дае права рабіць заключэньняў, але ўсё-ж такі некаторыя вывады можна зрабіць.

ВЫВАДЫ

Рабочыя бровару „Беларусь“ знаходзяцца ў самым працаздольным узросьце. Фізычна даволі моцныя, процант захварэньняў сярод іх вялікі—332 проц. у сярэднім.

Склад крыві рабочых бровару паказвае, што маюцца профшкоднасьці, якія ўплываюць на стварэньне крыві рабочых.

Самаю шкоднаю работаю трэба прызнаць работу ў сушнях і таму старацца мэханізаваць іх[1]). Крыху менш шкодная работа ў саладзільнях, пры трыеры і арфе.

Спажываньне піва рабочымі трэба лічыць профэсыянальнай шкоднасьцю.

Адна трэцяя частка рабочых хворая сухотамі. Такую колькасьць сухотных трэба лічыць высокай.

---

[1]) Цяпер прыладжана мэханічная мешалка.

Да пытаньня аб піцьцёвых крыніцах гораду Полацку.

Н. П. Трашчэўскі і В. П. Родкін.

Горад Полацк разьмешчаны ў месцы ўтоку ракі Палоты ў раку Зах. Дзьвіну, якія ўтвараюць трыкутнік з вяршыняй, абернутай на Захад. Найбольш густа залюдненая частка гораду разьмешчана па правым беразе ракі Зах. Дзьвіны і левым—ракі Палоты; левы бераг



З. Дзьвіны толькі часткова залюднёны прыгарадам „Задзьвіньне“; з захаду, праз раку Палоту, да гораду прылягае невялікі пасёлак „Запалоцьце“; з поўначы—Спаская Слабада. Насельніцтва гораду па даным

перапісу 1926 году дасягае 26.000 чал. Кароткія мэтэоролёгічныя зьвесткі: сярэдняя гадовая тэмпэратура + 5,1°, ціск 749,0; ападкі 524 мм; сіла ветру 4,0.

Да 1927 г. горад меў усяго 5 артэзыянскіх калодзежаў: 1) ва двары Камгасу, 2) На гарадзкой плошчы супроць Акрвыканкому, 3) Па Ленінскай вуліцы ў доме № 79, 4) Па Надзьвінскай вуліцы ва двары домаўладаньня № 2 і 5) Па Стара-Вакзальнай вул. Апошнія два калодзежы, зьяўляючыся ўласнасьцю домаўласьнікаў, абслугоўваюць толькі бліжэйшых суседзяў у 20—30 сямей і ня могуць быць аднесены да катэгорыі вадакрыніц грамадзкага характару. Да 1928 году, калі ня лічыць пабудаванага нанава артэзіянскага калодзежу ў гарадку імя Фрунзэ, горад застаўся ўсяго з 2-ма калодзежамі, бо шчыліна на гарадзкой плошчы была адведзена выключна для супроцьпажарных мэт і забор з яе вады гарадзкім насельніцтвам быў спынены; іншых калодзежаў з піцьцёвай вадой, у тым ліку і студняў шахтнага тыпу горад ня мае.

Натуральна, што пры наяўнасьці ўсяго 2-х калодзежаў, якія могуць задаволіць патрабаваньні ў вадзе ня больш 2—3 проц. насельніцтва, горад прымушаны зварочвацца за вадой у працякаючыя ў непасрэднай блізкасьці ракі Зах. Дзьвіну і Палоту, адкуль і бярэ ваду ня менш 90 проц. гарадзкога насельніцтва. Тут-жа неабходна адзначыць наяўнасьць у горадзе 2-х невялічкіх ведамственных вадакачак, якія, аднак, таксама карыстаюцца вадой з паказаных рэчак.

Штогодня ўспышкі розных страўніка-кішэчных інфэкцый (брушны тыфус, паратыфус, крываўка, гастро-энтэрыт і інш.), часам дасягаючыя разьмераў буйных эпідымій (1925 і 1928 г.г.), высунулі неабходнасьць заняцца вывучэньнем гарадзкога водазабясьпечаньня, як маючага несумненную сувязь з недабрабытам гораду ў эпідэмічных адносінах. Адсутнасьць сродкаў на капітальныя ў гэтай галіне работы, нязначны лік крыніц з грунтавой вадой прымусілі павесьці дасьледваньне хаця-б у мэтах азнаямленьня з піцьцёвай вады такіх асноўных вадазбораў, як р. р. Зах. Дзьвіна і Палота. Шэраг умоў, якія бесспрэчна маюць значны ўплыў на якасьць піцьцёвай вады ў горадзе, заслугоўваюць больш дэтальнага іх разгляду і ўлічэньня пры санітарнай ацэнцы ўсёй вадазабясьпекі ў цэлым.

Рака Зах. Дзьвіна. Дакладных даных аб рацэ Зах. Дзьвіне мы, нажаль, не маглі атрымаць ні ў аднэй з устаноў гораду Полацку, у выніку чаго і вымушаны абмежавацца ледзь кароткім яе апісаньнем. У межах гораду З. Дзьвіна працякае у напрамку з усходу. На шляху прымаючы ў сябе раку Палоту і так званы ручай „Чорны“. Шырыня, ракі дасягае звыш 200 мэтраў; глыбіня з правага берагу значна перавышае глыбіню з левага, дзе ў засушлівыя гады нярэдка зьяўляюцца невялічкія пяшчаныя астраўкі, і робіцца цяжкім нават лодачны рух; правы бераг узвышаны, круты, левы—на вялікім усьцяжу пакаты. Дно пяшчанае, месцамі глеістае альбо (ніжэй гораду) камяністае.

Як ужо паказвалася, вышэй найбольш залюднёная частка гораду разьмешчана на ўзвышаным правым беразе З. Дзьвіны. Тут-жа ў непасрэднай блізкасьці да вады (месцамі ня больш 30—40 мэтраў), пры схіле ў 45—50°, разьмешчана гарадзкая рынчачная плошча і гандлёвыя памяшканьні; у верхняй часьці гораду—па плыні ракі—разьмешчаны на самым беразе вялікая пральня і сыравізны склад Скурсындыкату (пральня выводзіць брудную ваду ў раку); супроць цэнтральнай часьці гораду каля драўлянага мосту цераз З. Дзьвіну і некалькі ніжэй яго выводзяцца з памыйных ям і ў раку гарадзкія калектары, якія зьбіраюць вад-

касьць з памыйных ям і прымітыўнай хатняй каналізацыі у ніжняй, заходняй часьці гораду, у паласе будынкаў, у раку спускаюцца сьцечныя воды каналізацыі былога кадэцкага корпусу. Абодвы берагі ракі, а ў асаблівасьці правы, вельмі забруджваюцца рознымі адкідамі і нячыстотамі, бо за берагамі няма і належнага нагляду малы гарадзкі асэнізацыйны абоз (ня больш 10—12 запражак), занадта ўдалены і ня маюць удобных пад'ездаў гарадзкія звальваньні; берагавыя „звальваньні" настолькі вырасьлі і пашырыліся за апошняе дзесяцігодзьдзе, што поўнасьцю іх ня змывае і сьнегавой вадой. Вызначаныя месцы набору вадыне ўстаноўлены і наўсьцяж абодвых берагоў ракі ўсюды мыюць бялізну, купаюць коняй, мыюць экіпажы. Купаюцца людзі і тут-жа ледзь і не з-пад самых калектараў забіраецца піцьцявая вада вадавозамі і ваданосамі.

Рака Палота: Рака мае ў шырыню 17,5 мэтраў, пры сярэдняй глыбіні ў 3,9 мэтра вышыня вады ў сувязі з колькасьцю выпадаемых вопадзяй і ў розныя пэрыоды году падпадае значным зыбаньням, месцамі не перавышаючы 1—1,5 мэтраў; найбольшая павярхоўная хуткасьць плыні дасягае 0,602 мэтра-сэкундаў; сярэдні выдатак вады раўняецца 26,25 куба-мэтраў у сэкунду. Берагі ракі ў межах гораду ўзвышаныя, месцамі крутыя, што значна перашкаджае прыступу да вады; падыспод на вялізным наўсьцежу вязка-глейны, у некаторых месцах каля берагоў пакрыта вадаростамі.

У параўнаньні з З. Дзьвіной рака Палота знаходзіцца яшчэ ў больш нявыгадных у санітарных адносінах умовах. У межах гараду на ёй разьмешчаны: біолёгічная станцыя, 2 млыны, разьніца, электрастанцыя, лазьня і цэлы шэраг убіральняў, якія непасрэдна ў ёй апаражняюцца. Натуральна, што і ўсе разьмешчаныя на ёй прадпрыемствы таксама выводзяць у раку свае сьцечныя воды і нячыстоты. На Палоце таксама адсутнічаюць вызначаныя месцы вадаразбору, як не адведзены месцы і для іншых мэт.

Для поўнай ілюстрацыі вадакрыніц, якія даюць ваду гораду, нельга абыйсьці маўчаньнем існуючыя цяпер калодзежы: на Надзьвінскай і Ленінскай вуліцах, ва двары Камгасу і ў гарадку ім. Фрунзэ, 1-ы мае ў глыбіню да 42 саж. і разьмешчаны ў цесным, пакатым двары, у вяршыні якога знаходзіцца ў 5 саж. ад калодзежу памыйная яма (з драўлянымі сьценамі падыСподам) і ў 1—1,5 саж. канюшня; апрача гэтага, двор, які належыць заводу фруктовых вод і каўбаснай майстэрні, на працягу ўсяго году падлягае моцнаму забрудненьню конскім гноем і мачой, а таксама мяснымі адкідамі і памыямі з майстэрні. Другі калодзеж разьмешчаны ў нізіне пасярод вуліцы, маючай пакатасьць з усходу, паўночы і захаду і невялічкія ўзвышэньні з поўдню, з боку ракі З. Дзьвіны. Пры існуючым месцапалажэньні калодзежа ўсе вулічныя нячыстоты, якія змываюцца дажджавой вадой, зьбіраюцца ў самой шчыліне, і нельга адмаўляць магчымасьці пранікненьня павярховай вады да ваданоснага слою і адваротнага паступленьня яе пры адкочцы. 3-і Камгасаўскі калодзеж ёсьць шырокі адкрыты басэйн з бэтанаваным падыСподам і сьценамі, якія дасягаюць ледзь паверхня зямлі; глыбіня невядома. У мінулым гэты артэзіянскі калодзеж узроўнены ў 1918—19 г.г. і з гэтага часу не падлягаў ні ачыстцы, ні рамонту. Для аховы калодзежу ад надворных забрудненьняў да гэтага часу ня прымалася ніякіх мер і, зусім магчыма, што і павярховыя воды таксама бесьперашкодна трапляюць у басэйн. Некалькі асобна стаіць калодзеж у гар. ім. Фрунзэ. Будаваньне калодзёжу скончана толькі ў 1927 годзе. Калодзеж разьмешчаны ў дастатковым аддаленьні ад жылых і гаспадарчых памяшканьняў на цэльным палявым вучастку ў

70 мэтр. ад ракі Палоты. Глыбіня калодзежу даведзена да 69 саж., таму што на першапачатковай глыбіні (30—40 саж.) здабыта вельмі недабраякасная па свайму хэмічнаму складу вада, блізка падыходзячая да вады з суседняй ракі Палоты.

Не абыяка для гарадзкой забясьпекі і колькасьць асадаў, якія выпадаюць асабліва пры існуючым ральефу мясцовасьці. Калі прыняць за сярэднюю гадавую лічбу (1920 па 1927 уключна) 524 мм. выпадаемых асадкаў, дык пры 120—165 дажджлівых днёх у гаду мы атрымаем да 6—8,5 мільёнаў кубічных мэтраў вады, ня менш 70% якой, на шляху змываючы ўсе нячыстоты вуліц і двароў, сьцякае ў тыя-ж З. Дзьвіну і Палоту. Апошнія абставіны асабліва чульлівы ў дажджлівыя пэрыоды, калі ўся вада набывае рэзка выражаны гнойны дух, пры інтэнсыўна жоўтым афарбаваньні ў вялікай колькасьці ўзьвешаных матэрый.

Наяўнасьць пералічаных вышэй фактараў, пры адсутнасьці вызначаных пэрспэктыў на грунтоўнае палепшаньне гарадзкой вадазабясьпекі, высунулі перад намі на першы час задачу плянамернага нагляданьня за вадакрыніцамі гораду. Такая работа праводзілася намі на працягу апошніх 2-х год (з кастрычніка 1926 г. па кастрычнік 1928 г.), за якi пэрыод вытварана хімічных аналізаў вады: з рэчкі З. Дзьвіны—312, з Палоты—208, з розных калодзежаў гораду—47 аналізаў. За гэты-ж пэрыод было зроблена 556 бактэрыолёгічных аналізаў як рачной, так і калодзежнай вады. Для забору рачной вады мы вызначылі па 3 заборныя пункты ў кожнай рэчцы (уверсе, у сярэдзіне, унізе па плыні ў межах гораду); дасьледваньне Дзьвінскай вады рабілася акуратна па 3 разы ў тыдзень, з Палоты—2 разы ў тыдзень; калодзежная вада дасьледвалася пакдвартальна. У зьмешчаных ніжэй табліцах пададзены сярэднія лічбы на кастрычнік, студзень, травень і ліпень месяцы, прыстасавальна да кожнага паасобнага раёну гораду.

Табліца 1.

Наборны пункт № 1 па рацэ Заходняй Дзьвіне.

Набор вады рабіўся вышэй чыгуначнага мосту супроць незалюдненай часьці гораду.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.				Minimum	Maximum	Сярэдняе
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.			
	У мілігрaмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'ялаў 110°C	189	182	188	181	192	180	179	188	—	179	192	184,9
Сьціслая рэшта 110°C	114	113	116	115	114	113	114	115	—	113	116	114,25
Акісьляемасьць O_2	8,1	7,8	7,6	7,0	7,2	7,6	7,4	8,0	8,4	7,0	8,4	7,7
Хлёр	12,4	12,0	12,1	12,0	12,3	12,1	11.8	12,0	12,2	11,8	12,4	12,1
Серная кіслата	16,2	15,8	16,0	16,1	15,2	14,9	15,0	15,2	14,2	14,2	16,2	15,4
Аміак	е.з.сл	ням.	няма	няма	е.з.сл	ням.	ням.	е.з.сл	е.з.сл	няма	е.з.сл	—
Азоцістая кіслата	няма	ням.	няма	няма	няма	ням.	ням.	няма	няма	няма	няма	няма
Азотная кіслата	няма	ням.	няма	няма	няма	ням.	ням.	няма	няма	няма	няма	няма
Агульная жорсткасьць у ім град.	20,4	18,2	18.18	19,08	19.28	18,8	19,0	19.02	20.08	18,18	20,4	19,1
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	4,0	5,1	4,72	4,74	5,62	4,06	4,78	4.92	5,38	4,0	5,62	4,81

Табліца 2.

Наборны пункт № 2 па рацэ Заходняй Дзьвіне.

Набор вады рабіўся супроць цэнтральнай часьці гораду, ніжэй рынку, пральні і складу скур сыравізны; месца найбольш ажыўленага набору вады вадавозамі і вёдрамі.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.				Minimum	Maximum	Сярэдние
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.			
	У мілiграмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'ялаў 110°C	214	209	—	191	—	202	—	188	—	188	214	201
Сьціслая рэшта 110°C	123	101	—	108	—	117	—	106	—	101	123	111
Акісьляемасьць O_2	12,8	11,6	12,6	12,8	13,0	13,4	13,2	11,6	12,1	11,6	13,4	12,6
Хлёр	24,0	16,0	18,6	17,8	20,2	23,0	24,2	17,4	14,0	14,0	24,2	19,5
Серная кіслата	16,3	15,8	16,2	16,4	16,0	15,8	16,1	15,7	16,0	15,7	16,4	16,0
Аміак	0,5	няма	Сьл.	0,5	0,5	няма	0,2	0,5	е.з.сл	няма	0,5	0,25
Азоцістая кіслата	0,25	е.з.сл	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	няма	няма	няма	0,25	0,17
Азотная кіслата	е.з.сл	няма	е.з.сл	няма	няма	е.з.сл	е.з.сл	няма	няма	няма	е.з.сл	—
Агульная жорсткасьць у ім град.	21,2	19,86	—	19,96	—	20,32	—	—	21,84	19,86	21,84	20,63
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	6,64	6,56	—	6,08	—	5,68	—	—	5,88	5,68	6,64	6,17

Табліца 3.

Наборны пункт № 3 па рацэ Заходняй Дзьвіне.

Набор вады рабіўся каля правага берагу ракі супроць Запалоцьця, ніжэй гарадзкога пасяленьня і ўтоку ракі Палоты.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.				Minimum	Maximum	Сярэдние
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.			
	У мілiграмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'ялаў 110°C	216	—	212	—	—	214	—	180	—	180	216	205,5
Шчыльн. рэшты 110°C	109	—	110	—	—	117	—	109	—	109	117	111,25
Акісьляемасьць O_2	12,0	12,2	12,4	12,2	12,8	13,0	12,6	12,2	12,8	12,0	13,0	12,5
Хлёр	24,1	20,0	18,4	18,2	19,0	20.0	23,2	16,2	13,6	13,6	24,1	19,2
Серная кіслата	16,1	15,0	15,2	15,8	15,6	15,2	15,4	15,8	15,2	15,0	16,1	15,5
Аміак	Сьл.	няма	е.з.сл	е.з.сл	0,25	няма	е.з.сл	0,25	е.з.сл	ням.	0,25	0,05
Азоцістая кіслата	Сьл.	е.з.сл	е з.сл	е.з.сл	0,25	няма	е.з.сл	няма	няма	ням.	0,25	Сьл.
Азотная кіслата	е.з.сл	е.з.сл	е.з.сл	е.з.сл	е.з.сл	е.з.сл	е.з.сл	няма	няма	ням.	е.з.сл	е.з сл.
Агульная жорсткасьць у ім град.	21,02	19,82	—	19,4	—	20,2	—	—	21,78	19,4	21,78	20,42
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	5,08	5,22	—	5,24	—	5,08	—	—	5,66	5,08	5,66	5,26

Табліца 4.

Наборны пункт № 1 на рацэ Палоце.

Набор вады рабіўся па-за паселішчам, вышэй біолёгічнай станцыі.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.						
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Minimum	Maximum	Сярэдняе
	У мілiграмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'-ялаў 110°C . .	224	—	—	—	220	—	—	—	—	220	224	222
Шчыльная рэшта 110°C . . .	94	—	—	—	98	—	—	—	—	94	98	96
Акісьляемасьць O_2	12,2	12,6	12,0	10,4	11,8	10,6	12,4	12,4	19,4	10,4	19,4	12,6
Хлёр	18,8	39,0	21,0	16,2	18,4	12,8	12,0	13,4	16,2	12,0	39,0	18,6
Серная кіслата .	2,7	3,8	3,5	3,4	2,9	3,4	3,2	3,2	4,0	2,7	4,0	3,3
Аміак	Сьл.	Сьл.	е.з.сл	е.з сл	е.з.сл	няма	е.з.сл	няма	е.з.сл	няма	Сьл.	е.з.сл
Азоцістая кіслата.	няма	няма	няма	Сьл.	Сьл.	няма	няма	няма	няма	няма	Сьл.	е.з.сл
Азотная кіслата .	Сья.	няма	е.з.сл	е.з.сл	няма	няма	няма	няма	няма	няма	Сьл.	—
Агульная жорсткасьць у ім град.	16,8	—	—	16,6	—	16,8	—	—	17,04	16,6	17,04	16,81
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	3,92	—	—	3,82	—	4,02	—	—	4,04	3,82	4,04	3,95

Табліца 5.

Наборны пункт № 2 па рацэ Палоце.

Набор вады рабіўся ніжэй біолёгічнай станцыі, электрастанцыі і 2-х млын.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.						
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Minimum	Maximum	Сярэдняе
	У мілiграмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'-ялаў 110°C . .	232	—	—	—	228	—	—	—	—	228	232	230
Шчыльная рэшта 110°C . . .	104	—	—	—	107	—	—	—	—	104	107	105,5
Акісьляемасьць O_2	18,1	38,0	33,0	17,2	29,6	32,0	39,2	19,4	19,2	17,2	39,2	27,4
Хлёр	64,2	58,0	58,8	44,2	62.0	43,8	58,0	41,0	24,0	24,0	64,2	50,5
Серная кіслата .	4,2	5,3	5,7	5,2	6,0	5,4	5,8	5,2	6,0	4,2	6,0	5,4
Аміак	3,8	1,25	3,5	2,25	4,25	4.0	4,25	0,5	0,25	0,25	4,25	2,67
Азоцістая кіслата	2,4	4,5	2,25	1,5	3.25	1,75	0,5	0,5	0,5	0,5	4,5	1,96
Азотная кіслата .	0,4	0,75	0,5	0,5	0,5	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,75	0,4
Агульная жорсткасьць у ім град.	16,6	—	—	16,88	—	16,12	—	—	—	16,12	16,88	16,5
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	3,44	—	—	3,56	—	3,62	—	—	—	3,44	3,62	3,54

Табліца 6.

Наборны пункт № 3 па рацэ Палоце.

Вада забіралася ў месцы ўцеку Палоты ў Заходнюю Дзьвіну.

	1926 г.	1927 г.				1928 г.						
	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Студзень	Май	Ліпень	Кастрыч.	Minimum	Maximum	Сярэдняе
	У мілілграмах на адзін літр											
Узьвешаных матар'ялаў 110°С . .	220	—	—	—	232	—	—	—	—	220	232	226
Шчыльная рэшта 110°С . . .	99	—	—	—	92	—	—	—	—	92	99	95,5
Акісьляемасьць O_2	13,6	13,8	29,0	18.6	11,4	19,8	26,2	17,8	19,4	11,4	29,0	18,8
Хлёр	28,8	28,2	38,8	31,2	49,8	62,2	62,8	29,6	36,6	28,2	62,8	41,0
Серная кіслата .	4.8	5,2	5,0	5,2	6.1	5,8	5,4	5,6	5,0	4,8	6,1	5,4
Аміак	3,6	1,5	1,25	2,5	3,5	3,5	2,25	1,25	е.з.сл	е.з.сл	3,6	2,15
Азоцістая кіслата.	2.8	3,5	3,25	3,25	4,0	3,5	3,25	1,25	0,25	0,25	4,0	2,78
Азотная кіслата .	Сьл.	1,5	1,25	1,25	1,5	1,5	0,25	няма	0,5	няма	1,5	0,86
Агульная жорсткасьць у ім град.	15,4	—	14,42	—	—	—	—	16,8	—	14,42	16,8	15,54
Зьнішчаем. жорсткасьць у ім град.	2,98	—	3,02	—	—	—	—	3,92	—	2,98	3,92	3,31

Фізічныя ўласьцівасьці вады абодвых вадазбораў: пераважна колер вады зьмяняецца ад жоўтаватага да інтэнсыўна жоўтага і нават бурага; у большасьці выпадкаў трата колеру дасягаецца толькі пасьля асяданьня оцэтна-кіслым волавам, фосфарна-вольфрамавай кісласьцю і сэркава-кісласным гліназемам; як ужо паказвалася вышэй, вада часта набывае рэзка выражаны смак і дух гною. Празрыстасьць вады зьмяняецца ў Зах. Дзьвіне ад 25 да 80 сант., у Палоце—ад 7 да 30 сант.

З зьмешчаных вышэй табліц хэмічных аналізаў вады відаць, што абедзьве рэчкі, і асабліва рака Палота ў межах гарадзкога засяленьня падлягаюць значнаму забруджваньню, прычым пераважна—забруджваньню арганічнымі матэрыямі жывёльнага пачатку. Гэта пацьвярджаецца наяўнасьцю ў вадзе значнай колькасьці аміаку, азоцістай і азотнай кіслаты, хлёру, высокай акісьляльнасьці і ў некаторай ступені багацьцем узьвешанай матэрыі і цьвёрдай астачай.

З тых табліц нельга ня ўгледзець наяўнасьці вялізарнага ўплыву гораду ў відзе забрудненьня абодвых вадазбораў продуктамі сваёй жыцьцёдзейнасьці. Так, напрыклад:

Табліца 7.

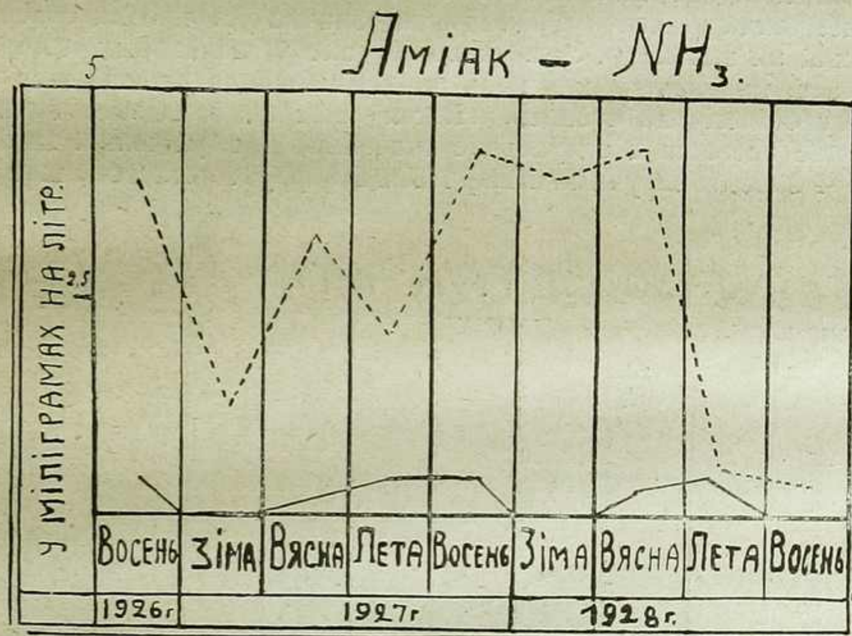
Р. „Западная Дзьвіна“				Р. „Палота“		
Вышэй гораду	Супроць цэнтру	Ніжэй гораду		Вышэй гораду	Супроць цэнтру	Ніжэй гораду
Е. З. С.	0,2	Сьляды	Аміак	Сьляды	2,6	1,97
няма	0,16	Е. З. Сл.	Азоцістая кіслата . . .	Е. З. Сл.	1,8	2.8
7,6	12,5	12,5	Акісьляемасьць . . .	12,7	28,5	20,8
12,1	18,9	18,6	Хлёр	18,6	48,7	42,4

Апошняя табліца паказвае на тыя акалічнасьці, што калі вада р. Зах. Дзьвіны ў яе вярхоўях пры нашым водным крызісе яшчэ магла-б быць дапушчанай да піцьцёвых мэт, дык у раёне гарадзкой мяжы яна ўжо страчвае гэтую ўласьцівасьць. Зусім натуральна, што раку Палоту, якая падпадае сталаму забрудненьню яшчэ вышэй межаў гораду, а каля гарадзкой мяжы ўжо набывае сваю ўласьцівасьць сьцёчных вод, нельга разглядаць з пункту погляду магчымасьці скарыстаньня яе вады для мэт водазабесьпячэньня пры існуючых санітарных умовах.

Не безынтарэсны разгляд хімічных аналізаў вады з пункту погляду іх зьмяняемасьці ў розныя пэрыяды году.

Для графікаў узяты пункты найбольшага водаразбору абедзьвюх рэчак. (Умоўныя азначэньні: пунктыр—р. Палота, неперарыўная лінія—Зах. Дзьвіна).

Ужо самы павярхоўны аналіз зьмешчаных графікаў паказвае на вельмі высокія лічбы NH_3, N_2O_3, Cl, O_2, якія не даюць якіх-небудзь значных зьніжэньняў на працягу цэлага году, дасягаючы свайго мак-



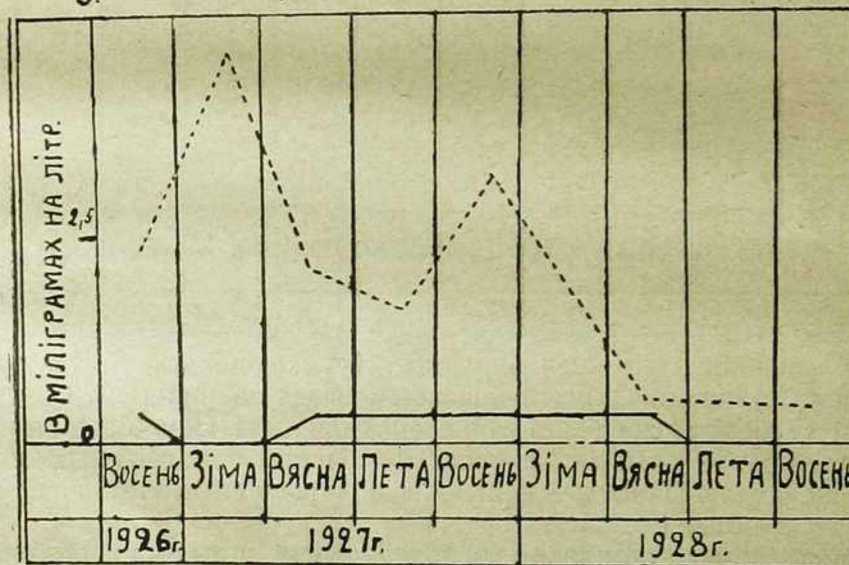
сымуму ў асеньнія і зімовыя пэрыоды. Тут-жа нельга не заўважыць агульнага палепшаньня хімічнай якасьці вады да канца 1928 году, што ў значнай ступені можа быць аднесена для ракі Зах. Дзьвіны за лік крыху палепшанай ачысткі яе берагоў і багата атмасфэрных ападкаў гэтага году, а для Палоты—дзякуючы больш-менш нармальнай працы біолёгічнай станцыі і г. д.

Існуючыя ўмовы гарадзкой вадазабясьпекі пры карыстаньні для піцьцявых мэт рачной вадой зусім натуральна штурхаюць насельніцтва гораду шукаць больш здаровай вады, прымушаючы зварочвацца да нешматлікіх гарадзкіх студняў. Але і гэты спосаб, прымаючы пад увагу паказаныя вышэй асаблівасьці як месцапалажэньне, так і ахова гэтых крыніц, не дае колькі-небудзь здавальняючага вырашэньня пытаньня, бо і грунтавая вада ўжо па свайму хэмічнаму складу мала чым адрозьніваецца ад рэчнай вады, між тым карыстаньне студневай вадой зьвязана з дастаўкай яе вадавозамі, што зусім не пасільна для бюджэту большасьці насельніцтва. Зьмешчаныя ніжэй даныя выяўляюць сабой сярэднія лічбы за той самы 2-х гадовы пэрыяд нагляданьня.

Таблiца № 8.

	NH_3	N_2O_3	N_2O_5	O_2	Cl	Жорсткасьць у нямецк. градус.	
						Агульная	Адхiлен.
Студня у двор. Камгасу. . .	1,25	няма	няма	16	24	17,92	—
„ па Ленiнскай вул., 79	1,5	0,1	—	8	30	31,06	18,8
„ па Надзьвiнскай, 2	1,25	0,2	—	14,5	12	51,52	20,44
„ па Стара-Вакзальнай	0,5	0,2	1,25	12	150	26,88	—
„ у гарадку iм. Фрунзэ	няма	няма	няма	6,2	580[1])	59	23

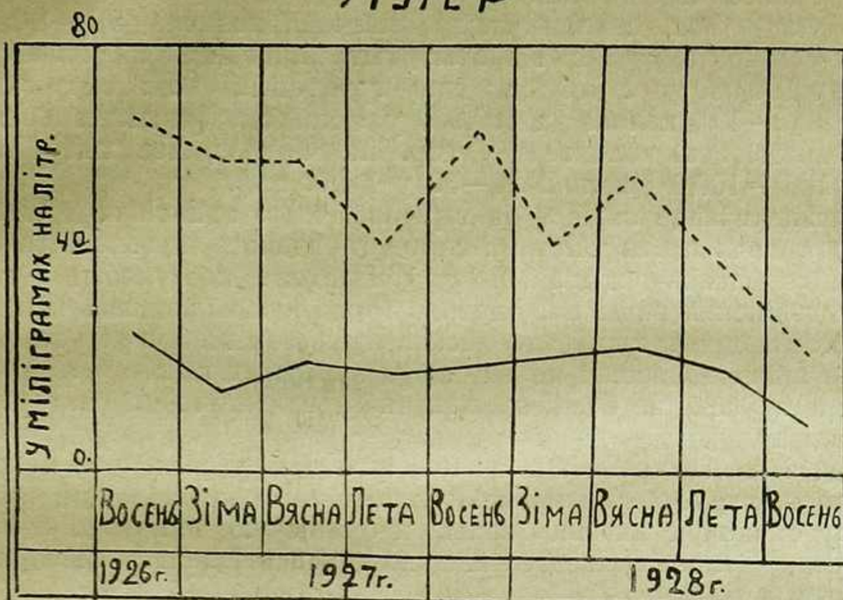
З таблiцы вiдаць, што, за выключэньнем новага калодзежу ў гарадку iм. Фрунзэ, вада з астатнiх калодзежаў значна ўступае па сваёй хiмiчнай якасьцi ня толькi р. Зах. Дзьвiне, але ў некаторых выпадках i Палоце, асаблiва калi выключыць аказаўшыйся да гэтата часу ўплыў на Палоту бiолёгiчнай станцыi. Нiзкая якасьць гарадзкiх грунтовых вод прымае ўсё больш актуальнае значэньне пры ўлiчэньнi тых абставiн, што 4 заводы штучных мiнэральных i фруктовых вод, што функ-



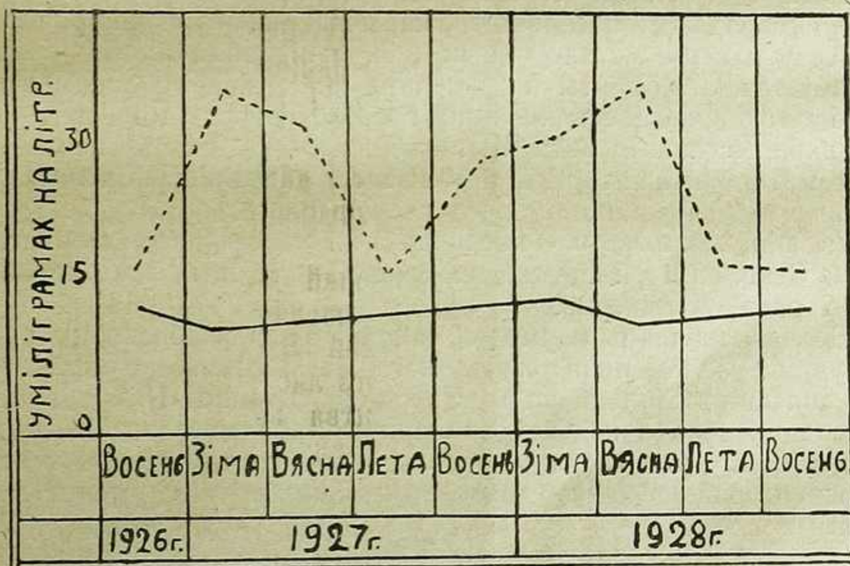
цыянуюць у горадзе, карыстаюцца выключна калодзежнай вадой, якая, ня гледзячы на выдадзеныя на працагу двох апошнiх год абавязковыя пастановы Гарсавету, пры апрацоўцы на заводзе кiпячэньню не падлягае i выпускаецца выключна ў сырым выглядзе, часам у працэсе вытворчасьцi падлягае яшчэ большаму забруджваньню. Якасьць грунтовых вод не дазваляе выказацца ў iх карысьць, прымушаючы i ў гэты час i ў будучым шукаць выхаду ў скарыстоўваньнi для пiцьцё-

[1]) Мiнэральнага пачатку.

вых мэт гарадзкога насельніцтва вады з існуючых адкрытых вадазбораў і ў першую чаргу з ракі Зах. Дзьвіны. Гэтыя абставіны неабходна падвесьці пад самы сур'ёзны вучот і пры пабудове гарадзкога вада-



праводу, таму што, па-першае, па даным нівэліроўкі, магутны ваданосны слой залягае на даволі значнай глыбіні (70—120 саж.), па-другое, як відаць з практыкі пабудовы артэзіянскага калодзежу ў гор.



ім. Фрунзэ,—глыбокаводныя шчыліны даюць вельмі жорсткую ваду і, па-трэцяе, глеба ў межах гораду падпадае вельмі высокаму забруджваньню.

Калі гарадзкая піцьцёвая вада ўжо па свайму хэмічнаму складу не адпавядае нормам для піцьцёвых крыніц, дык уся гэтая якасьць усё больш зьніжаецца пры яе бактэрыолёгічнай ацэнцы. Тут на працягу 2-хгадовых нагляданьняў не ўдалося заўважыць колькі-небудзь прыметных хістаньняў і пададзеныя ніжэй лічбы зьяўляюцца нібы стабільнымі для паасобных крыніц.

Так, для р. Зах. Дзьвіны: тытр кішэчнай палачкі—5,1—1,0; калоні да 1500 у 1 кб. см.; для Палоты: тытр кішэчнай палачкі—5,0—1,0; калоні да 100.000 у 1 кб. см.; для грунтовых вод: тытр кішэчнай палачкі 10,0—1,0, калоні да 100.000 у 1 кб. см. (выключэньнем зьяўляецца артэзіанскі калодзеж у гор. ім. Фрунзэ, дзе тытр кішэчнай палачкі 10,0—100,0 і калоні 20—30 у 1 кб. см.).

Нябясьпечнасьць вады ў бактэрыолёгічных адносінах і відавочная сувязь з кішэчнымі інфэкцыямі сярод гарадзкога насельніцтва выклікалі неабходнасьць ужываньня ў 1928 годзе коагуляцыі і хлёрыраваньня дзьвінскай вады на аднэй з гарадзкіх вадакачак. Нядоўгачаснасьць досьледу, адсутнасьць дасканалых стацыянарных установак не дазваляе яшчэ подвесьці колькі-небудзь пэўных вынікаў гэтай працы, хоць нельга ўсё-ж не адзначыць значнага палепшаньня бактэрыолёгічных аналізаў.

Побач з гэтым трэба адзначыць, што для дасягненьня некаторага эфэкту пры хлёрываньні і коагуляцыі часта прыходзіцца прыносіць у ахвяру смаковую якасьць вады, набываючую няпрыемны прысмак. На падставе вышэйпрыведзеных даных, мы дазваляем сабе выказаць наступныя заўвагі:

1) Цяжкае санітарнае становішча гор. Полацку, высокая захваральнасьць яго насельніцтва кішэчнымі інфэкцыямі, адсутнасьць нармальнай забясьпекі насельніцтва здаровай піцьцёвой вадой настойліва патрабуюць самых неадкладных мерапрыемстваў па пабудове гарадзкога вадаправоду.

2) Існуючыя ўмовы вадакарыстаньня вельмі небясьпечны ў санітарных адносінах. Якасьць піцьцёвой вады як рачной, так і грунтавой у хэмічных і бактэрыолёгічных адносінах вельмі нездавальняльная. Больш $^9/_{10}$, гарадзкога насельніцтва карыстаецца выключна рачной вадой.

3) Адсутнасьць устаноўленых зон санітарнай аховы вадакрыніц, як вельмі важнага практычнага мерапрыемства, якое дапамагае палепшаньню ўмоў вадазабесьпячэньня гораду, цяжка адбіваецца на існуючым вадакарыстаньні. Гэта пытаньне павінна стаць першачарговай задачай мясцовай санітарнай арганізацыі і адміністрацыйных органаў гораду.

4) Узмацніць санітарнае нагляданьне і кантроль за дзейнасьцю Біолёгічнай Станцыі і рабіць хэміка-бактэрыолёгічныя дасьледваньні ня больш 2 разоў у тыдзень.

5) Нездавальняльныя ўмовы існуючай вадазабясьпекі настойліва патрабуюць узмацненьня санітарнага нагляду за часовымі ўстаноўкамі і абясшкоджваньня вады Заходняй Дзьвіны. Разам з гэтым не памяншаецца неабходнасьць рэгулярнага лябараторнага кантролю над водакрыніцамі, якія жывяць насельніцтва гораду Полоцку, спосабам вытварэньня хэміка-бактэрыолёгічных аналізаў ня менш 2 разоў у месяц.

Сьмяротнасьць агульная і ад сухотаў у б. Слуцкай акрузе за 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.[1]).

(Матар'ялы па вывучэньню становішча здароўя насельніцтва Слуцкай акругі[2]).

С. І. Ратнер.

Загадчык Слуцкага Сухотнага Дыспансэра.

Ужо стала аксыомай, што распаўсюджаньне сухотаў і захворваньне ёю знаходзіцца ў цеснай залежнасьці ад быту, звычаяў, культурнага узраўня насельніцтва і яго канстытуцыйных і імунабіолёгічных уласьцівасьцяў. Пагэтаму некалькі штучным будзе разглядваць і вывучаць распаўсюджаньне сухотаў без агульнага знаёмства з усімі ўмовамі жыцьця насельніцтва, у прыватнасьці знаёмства з канчатковымі вынікамі гэтых умоў—са сьмяротнасьцю. Вывучаць распаўсюджаньне сухотаў бяз сувязі з агульным канстытуцыйным становішчам насельніцтва і бяз сувязі і параўнаньня з распаўсюджаньнем іншых інфэкцый і хвароб сярод яго,—гэта значыць вырваць адну старонку з агульнай кнігі пытаньня аздараўленьня насельніцтва, гэта значыць пазбавіць сябе ад пэрэспэктыў на ўсё вывучаемае пытаньне. Гэта значыць мець абмяжованы сьветапогляд і абмежаваныя вывады.

Вось чаму раней, чым перайсьці да пытаньня распаўсюджваньня і лячэньня сухотаў сярод насельніцтва б. Слуцкай акругі, мне прышлося ўзяць на сябе труд вывучыць пытаньне аб сьмяротнасьці ў нашай акрузе наогул. Разам з матар'яламі прызываў даныя сьмяротнасьці даюць нам прадстаўленьне аб санітарнай статыстыцы і дынаміцы нашай акругі, а матар'ялы Сухотнага Дыспансэру ў далейшым дадуць большую дасканаласьць і яскравасьць у канчатковых вывадах.

Гэты артыкул прысьвячаецца пытаньню аб сьмяротнасьці, гэта значыць—пытаньню: ад чаго ў нас паміраюць, у якім узросьце і сколькі ў сярэднім жывем. Нажаль, ні ў Слуцкім ЗАГС'е, ні ў Слуцкім Стат. Бюро мы патрэбных матар'ялаў не знайшлі: у першым можна было атрымаць толькі агульныя лічбы нараджэньняў і сьмярцей без падразьдзяленьня па раёнах і па роду хваробы і не за ўсе гады; у ЗАГС'е мы атрымалі толькі кнігі запісаў нараджэньняў і сьмярцей, а за мінулыя гады—царкоўныя прыходзкія кнігі і кнігі равіната—усё гэтае, як

---

[1]) З 1 ліпеня 1927 г. Слуцкая акруга расфарміравана, а частка раёнаў адыйшла да Менскай акругі, частка—да Бабруйскай, але я прадаўжаю пачатае яшчэ да расфарміраваньня вывучэньне раёнаў б. Слуцкай акругі, так як лячустановы г. Слуцку і ў прыватнасьці Слуцкі Сухотны Дыспансэр захавалі міжраённае значаньне і, як раней, абслугоўваюць гэтыя раёны незалежна ад адміністрацыйнага разьдзяленьня іх. Пагэтаму аб'ектам майго вывучэньня, як і раней, застаецца г. Слуцк і раёны: Слуцкі, Капыльскі Старобінскі, Чырвонаслабодзкі, Любанскі, Грэскі і Стара-дароскі.

[2]) Гл. д-р Ратнер С. І.: Состояние здоровья родившихся в 1903 г. в Слуцком округе по данным осмотра призывных комисий в 1925 г. („Беларуская Мэдычная Думка" № 12-13, 1926 г.).

Яго-жа: Состояние здоровья призывников, родившихся в 1904 г. („Беларуская Мэдычная Думка„ № 1, 1928 г.).

сыры неапрацаваны матар'ял. Пры гэтым мы выявілі, што за 1925 і 1926 г. г. маецца шмат запісаў аб сьмерці, дзе паказаны: пол, узрост, мейсца сьмерці, але не паказана прычына сьмерці; гэткіх запісаў без паказаньня, ад чаго памёр чалавек, аказалася ў 1925 г.—604, гэта значыць 8,87 проц. усіх сьмярцей за гэты год, а ў 1926 г.—1.156, гэта значыць 20,75 проц. усіх сьмярцей.

Калі на мясцох невядома, ад чаго памёр чалавек, дык ясна, што і Цэнтральныя статыстычныя органы ня могуць мець аб гэтым належнага ўяўленьня, і, значыць, вывады, якія мы робім цяпер на падставе статыстычных вестак, зьяўляюцца нявернымі, няпоўнымі. Пагэтаму, каб атрымаць дасканалае ўяўленьне аб сьмяротнасьці ў Слуцкай акрузе, мне прышлося сесьці за грунтоўную распрацоўку маючыхся ў ЗАГС'е запісаў за 1925 і 1926 г. і запісаў у царкоўных кнігах і кнігах равінату за 1912, 1913 і 1914 гады. Гады імпэрыялістычнай і грамадзянскай вайны і гады голаду я не вывучаў, як непаказальныя для мірнага, звычайнага жыцьця насельніцтва. Усяго распрацована 29.167 сьмярцей, меўшых мейсца за гады 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926. Некалькі слоў аб тэхніцы распрацоўкі матар'ялаў. Папярэдня сёстры-абсьледвальніцы дыспансэру зрабілі копіі з запісаў па гадох у спэцыяльных сшытках. Потым ужо я іх пачаў распрацоўваць. Каштоўнасьць гэтых матар'ялаў у тым, што яны характарызуюць на 90—95 проц. беларускую вёску і толькі на 5—10 проц. беларускія мястэчкі.

Перад тым, як прыступіць да аналізу матар'ялаў сьмяротнасьці, некалькі слоў аб геаграфіі і этнаграфіі б. Слуцкай акругі.

Агульная плошча быўшай Слуцкай акругі па даных перапісу 1917 году і ў сучасных граніцах складае 819,308 дзесяцін, або 7.865,3 кв. вёрстаў, з якіх удобнай 762,141 і няўдобнай 57,167 дзесяцін [1]).

Па гэтых-жа даных па паасобных раёнах уся плошча разьмяркоўваецца наступным чынам:

Табліца № 1.

Плошча па раёнах.

Р А Ё Н Ы	У квадратных вёрстах	У дзесяцінах	% к агульнаму ліку
Старыя Дарогі	1764,4	183,689	22,4
Старобінскі	1498,9	156,140	19,1
Грэскі	1022,9	106,554	13,0
Любаньскі	1009,6	105,176	12,8
Слуцкі	997,6	103,920	12,7
Копыльскі	879,3	91,593	11,2
Чырвона-Слабодзкі	693,4	72,236	8,8
Па акрузе	7865,3	819,308	100,0

[1]) Гл. Справаздачу Слуцкага Акруговага Выканаўчага Камітэту за 1925 і 1926 г. 11 Акруговаму Зьезду Саветаў Рабоча-Сялянскіх і Чырвонаармейскіх Дэпутатаў.

Такім чынам па абшары самымі вялікімі зьяўляюцца раёны: Стара-дароскі, Старобінскі, Грэскі і Любаньскі. На тэрыторыі б. акругі па перапісу 1926 г. налічваецца 2.162 сельскіх залюднёных пунктаў з іх 1 горад, 5 мястэчак, 2 гандлёва-прамысловых вёскі, 2.154 сельск. залюдн. пунктаў (вёсак, чыгуначных будак, лясных старожак, застаў і інш.). Сярэдняя шчыльнасьць насельніцтва б. акругі раўняецца 39,3 чал. на 1 кв. вярсту; па паасобных раёнах гэтая шчыльнасьць вельмі вагаецца ў межах ад 24,6 да 71,0 на 1 кв. вярсту. Дасканалы малюнак дае наступная табліца № 2.

Табліца № 2.

Шчыльнасьць насельніцтва б. Слуцкай акругі па раёнах.

РАЁНЫ	Залюдн. пунктаў		Плошча ў квадрат-ных вёр-стах	Насель-ніцтва	Шчытнасьць на 1 кв. вяр.	
	Гарадзк. і мястэчк.	Сельскіх			Агульная	Сельск. насельн.
Слуцкі [1]	1	346	997,6	70,765	71,0	54,9
Копыльскі	2	357	879,3	52,849	60,1	52,5
Чырвона-Слабодзкі	—	187	693,4	31,127	44,9	44,9
Любаньскі	1	346	1009,6	33,848	33,5	31,4
Грэскі	—	331	1022,9	34,518	28,1	28,1
Старобінскі	1	261	1498,9	43,011	28,7	26,9
Стара Дароскі	1	328	1763,4	43,359	24,6	23,6
Разам па б. акрузе	6	2156	7865,3	3094.077	39,3	35, 6

Такім чынам раёны Стара-Дароскі, Старобінскі, Грэскі, Любаньскі—найбольшыя па абшару—найменш залюднёны.

Лясная плошча складала ў 1917 г. 30,7 проц. усёй карыснай зямлі, г. зн. амаль трэцюю частку, а ў сучасны момант % лясной плошчы зьнізіўся да 24 проц.—факт важны пры ацэнцы глебавых і кліматычных умоў жыцьця насельніцтва б. Слуцкай акругі, а таксама пры ацэнцы некаторых эпідэміолёгічных момантаў (выгоднасьць шляхоў зносін і сувязь насельніцтва паміж сабой).

[1]) Насельніцтва па Слуцкаму раёну бяз г. Слуцку налічваецца 57.577 чал.

Усяго насельніцтва з пачатку 1927 г. (17-XII—1926 г.) лічылася 309.477 чал., з якіх мужчын—151.537 і жанчын 157.940; у 6-ці найбольш залюднёных пунктах б. Слуцкай акругі: Слуцк (15.988), мястэчкі: Копыль (3927), Старобін (2640), Тымкавічы (2699), Любань (2160), Старыя Дарогі (1771),—да часу перапісу аказалася 29.185 асоб абодвага полу, а сельскага насельніцтва па 7 раёнах—280.292.

Нацыянальны склад: беларусаў—87,23 проц. (па вылічэньню ЦСУ), або 90,75 проц. па адміністрацыйнаму падліку; яўрэяў—9,14 проц. (па вылічэньню ЦСУ), або 6,70 проц. па адміністрацыйнаму падліку, у сельскіх мясцовасьцях: беларусаў—91,69 проц. (па ЦСУ), або 95,73 проц. (па адміністрацыйнаму падліку), яўрэяў—2,09 проц. (па ЦСУ), або 5,10 проц. (па адміністрацыйнаму падліку).

У пасяленьнях гарадзкога тыпу: беларусаў—40,86 проц. (па ЦСУ), або 41,88 проц. (па адміністрацыйнаму падліку), яўрэяў—50,22 проц. (па ЦСУ), або 53,80 проц. (па адміністрацыйнаму падліку). З гэтых лічбаў відаць, што асноўная маса насельніцтва—беларусы і ў межах 10 проц.—яўрэі. У г. Слуцку і пасяленьнях гарадзкога тыпу яўрэі больш паловы, а ў сельскіх мясцовасьцях ня больш 5 проц. Натуральны рух выражаецца лічбамі: у сярэднім на кожную 1000 чал. насельніцтва за апошнія 2 гады (1925 і 1926) нараджаецца 40 чал.; найменшая нараджальнасьць у Копыльскім раёне (35 чалавек), а найвышэйшая—у Любаньскім (43,6 на 1000 чалавек). Што датычыцца сярэдняга коэфіцыэнту сьмяротнасьці, дык у той час, як сярэдні коэфіцыэнт сьмяротнасьці ў Беларусі складае 39 на 100 нараджэньняў, сьмяротнасьць у б. Слуцкай акрузе значна вышэй і даходзіць да 48 чалавек на 100 нараджэньняў. Па колькасьці сьмертных выпадкаў, якія падаюць на кожную тысячу насельніцтва абодвага полу, першае мейсца займае Грэскі раён (23,2), апошняе—Чырвона-Слабодзкі і Копыльскі раёны (18,0). Агульная сьмяротнасьць па акрузе—19,9 проц. Сярэдні гадавы натуральны прырост па б. Слуцкай акрузе—2 проц., пры чым апошняе мейсца належыць Грэскаму раёну. Аб мэханічным руху насельніцтва ў нас вестак няма, але ў агульным ён невялікі.

Заняткі жыхароў. Пераважны характар заняткаў насельніцтва—земляробства. Прадпрыемстваў цэнзавай прамысловасьці ў сярэдзіне 1927 году па быўшай Слуцкай акрузе было ўсяго 6, з іх дзеравапрацоўваючых—3, апрацоўка смакавых матэрый—3; рабочых у іх—120 чалавек; саматужная прамысловасьць: лік прадпрыемстваў—164, рабочых у іх—267 чалавек.

Вось тыя агульныя даныя, якія малююць агульную абстаноўку вылучаемага пытаньня—аб сьмяротнасьці ў б. Слуцкай акрузе, якія маюцца ў нашым распараджэньні і якія ўзяты з памянёнай справаздачы Акрвыканкому.

Пераходзім цяпер да нашых матар'ялаў. Перш за ўсё—наколькі праўдзівы запісы ў ЗАГС'е, у царкоўна-прыходзкіх кнігах і кнігах равінату, наколькі паказаныя прычыны сьмярцей адпавядаюць сапраўднасьці і ў якой меры мы можам імі карыстацца? Асноўны адказ—гэтыя запісы зьяўляюцца адзіным матар'ялам, якім мы ўладаем і які ляжыць у аснове ўсіх статыстычных вывадаў наогул і дзеля гэтага яны зьяўляюцца адзінай крыніцай, якая павінна даць адказ на пастаўленыя намі пытаньні. Па гэтаму нам застаецца яго дасканала вывучыць, разьмеркаваць па ступені праўдзівасьці і, вылучыўшы ў асобную рубрыку яўна нявернае і недарэчнае, застанавіцца на дыагназе больш-менш праўдзівым. Я вылучыў больш-менш праўдзівыя дыагназы і прадставіў іх у табліцы № 3.

Табліца № 3.

Сьмяротнасьць у б. Слуцкай акрузе за 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г. г.

(Распрацована доктарам *С. І. Ратнерам*).

	1912 г.		1913 г.		1914 г.		1925 г.		1926 г.	
	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці
Усяго памерла . .	5283		5514		5990		6808		5572	
Дыагнозы больш-менш правільныя										
Старасьць і скляроз . .	548	10,37	592	10,74	680	11,35	977	14,35	790	14,18
Мёртвапараджаныя . .	—	—	—	—	—	—	11	0,16	10	0,18
Старасьць дзяцей да 1 году	565	10,69	557	10,10	652	10,89	393	5,77	158	2,84
Неданошаннасьць і недаразьвіцьцё	—	—	1	0,02	—	—	7	0,10	1	0,02
Дзіцячы панос і халярына	552	10,45	269	4,88	290	4,85	181	2,66	208	3,73
Кішэчны і птаксын . .	—	—	—	—	—	—	4	0,06	3	0,05
Дыфтарыт і круп . . .	73	1,38	80	1,45	84	1,40	92	1,35	51	0,92
Ангельская хвароба . .	1	0.02	2	0,04	--	—	8	0,12	—	—
Шкарлятына	220	4,16	221	4,01	82	1,37	391	5,74	471	8,45
Водра	130	2,46	405	7,35	158	2,64	969	14,23	157	2,82
Коклюш.	124	2,35	169	3,01	272	4,55	58	0,85	97	1,74
Красуха	—	—	—	—	—	—	2	0,03	—	—
Малошніца	16	0,30	24	0.44	20	0,33	2	0,03	—	—
Грып і інфлуэнца . . .	—	—	2	0,04	2	0,03	12	0,18	25	0,45
Тыфусы	140	2,66	122	2,21	186	3,14	74	1,09	39	0,70
Крывавы панос. . . .	65	1,23	113	2,05	70	1,18	86	1,26	10	0,18
Панос	—	—	16	0,29	41	0,68	—	—	—	—
Воспа.	9	0,17	4	0,07	3	0,05	11	0,16	4	0,07
Ветраная воспа . . .	—	—	—	—	2	0,03	—	—	—	—
Слупняк.	—	—	—	—	—	—	1	0,01	2	0,04
Ружа.	4	0,08	1	0,02	5	0,08	3	0,04	4	0,07
Цынга	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,04

	1912 г.		1913 г.		1914 г.		1925 г.		1926 г.	
	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці
Сібірская язва	—	—	—	—	2	0,03	1	0,01	1	0,02
Сыфіліс	2	0,04	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Сухоты лёгкіх	597	11,31	602	10,92	599	10,00	538	7,90	409	7,34
Катар лёгкіх . „ . .	—	—	—	—	—	—	3	0,04	21	0,38
Сухоты залоз	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
„ касьцей	—	—	—	—	3	0,05	6	0,09	--	—
„ горла.	—	—	—	—	7	0,13	3	0,04	—	—
Запаленьне лёгкіх. . .	649	12,20	773	14,02	975	16,30	1022	15,01	677	12,14
Конвульсыі і радзімчык .	176	3,36	129	2,34	167	2,79	40	0,59	50	0,90
Плеўрыт.	—	—	1	0,02	1	0,02	23	0,34	12	0,22
Запаленьне мазга . . .	91	1,73	56	1,02	80	1,34	101	1,48	80	1,44
Ацёк мазга	1	0,02	—	—	—	—	—	—	—	—
Пашыр. лёгкіх. . . .	—	—	—	—	—	—	1	0,01	4	0,07
Запал. хрыбеткі . . .	—	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Малокроўе	—	—	—	—	1	0,02	7	0,10	6	0,11
Злаякасн малокроўе . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
Парок сэрца	45	0,86	43	0,78	60	1,00	69	1,01	50	0,90
Запал. каля сард. сумкі.	—	—	—	—	1	0,02	—	—	—	—
Сардэчн. слабасьць і паралюш сэрца . . .	17	0,32	16	0,29	8	0,13	10	0,15	18	0,32
Грудная жаба	2	0,04	1	0,02	4	0,07	—	—	4	0,07
Астма	20	0,38	14	0,25	45	0,76	1	0,01	3	0,05
Мазгов. крывазы і паралюш	38	0,72	90	1,63	26	0,43	12	0,18	23	0,41
Хвароба почак . . .	49	0,94	62	1,12	77	1,29	54	0,79	66	1,18
Піэлонэфрыт	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
Хвароба мачавога пузыра	2	0,04	2	0,04	2	0,03	2	0.03	3	0.05
Рак розных органаў. .	37	0,70	25	0,45	46	0,77	23	0,34	34	0,61

	1912 г.		1913 г.		1914 г.		1925 г.		1926 г.	
	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці
Саркома	—	—	1	0,02	1	0,02	—	—	—	—
Вопух	26	0,49	16	0,29	21	0,35	2	0,03	3	0,05
Ад радоў	38	0,72	52	0,94	86	1,44	64	0,94	57	1,02
Радзільная гарачка . .	3	0,06	7	0,13	1	0,02	1	0,01	—	—
Аборт	1	0,02	—	—	—	—	2	0,03	1	0,02
Падучая хвароба (эпілепсыя)	15	0,28	31	0,56	23	0,38	38	0,56	22	0,39
Запаленьне брухавіны .	13	0,25	6	0,11	8	0,13	11	0,16	5	0,09
Непрахадзім. кішак . .	—	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Заварот кішок	1	0,02	16	0,29	18	0,30	6	0,09	5	0,09
Зрашчэньне кішок. . .	—	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Апэндыцыт	1	0,02	4	0,07	2	0,03	5	0,07	2	0,04
Язва жалудка	3	0,06	3	0,05	6	0,10	8	0,12	1	0,02
Грызь	7	0,13	3	0,05	1	0,02	5	0,07	1	0,02
Сахарная хвароба (дыабэт)	1	0,02	2	0,04	1	0,02	1	0,01	—	—
Хвароба Базіда . . .	--	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Рэўматызм	15	0,29	9	0,16	14	0,23	23	0,34	13	0,23
Ангіна	—	—	—	—	1	0,02	—	—	1	0,02
Малярыя	1	0,02	1	0,02	1	0,02	2	0,03	1	0,02
Жаўтуха.	3	0,06	4	0,07	4	0,07	5	0,07	4	0,07
Хвар. гіршпрунга. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
Флягмона	1	0,02	—	—	—	—	2	0,03	1	0,02
Антонаў агонь	—	—	1	0,02	1	0,02	—	—	—	—
Гангрэна.	—	—	2	0,04	2	0,04	1	0,01	—	—
Матка прыспала . . .	2	0,04	4	0,07	5	0,08	—	—	—	—
Розн. няшчасныя выпадкі	41	0,78	38	0,69	52	0,87	48	0,71	50	0,90
Забіта	13	0,25	22	0,40	1	0,02	35	0,51	34	0,61
Ад ран	2	0,04	4	0,07	2	0,03	—	—	--	—

	1912 г.		1913 г.		1914 г.		1925 г.		1926 г.	
	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці	Абсалютны лік	У % да ўсёй сьмяротнасьці
Страсеньне мозга . . .	1	0,02	1	0,02	—	—	—	—	—	—
Крывазьліяньне. . . .	—	—	—	—	—	—	14	0,16	5	0,09
Голад	—	—	—	—	—	—	2	0,03	—	—
Самагубства	5	0,09	5	0,09	5	0,08	13	0,21	16	0,29
Ап'яненьне	1	0,02	1	0,02	1	0,02	—	—	5	0,09
Вопух у горле	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,04
Нарыў у горле . . .	—	—	4	0,07	7	0,12	—	—	—	—
Хвароба глоткі. . . .	—	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Нарыў у вухе (гнойн.) .	—	—	—	—	1	0,02	—	—	—	—
Остэаміэліт	—	—	1	0,02	—	—	—	—	—	—
Каўтун	1	0,02	1	0,02	2	0,03	—	—	1	0,02
Запаленьне кішок . . .	33	0,62	21	0,38	22	0,37	11	0,16	14	0,25
" пячонкі. . .	2	0,04	—	—	—	—	—	—	1	0,02
Нарыў "	—	—	—	—	—	—	1	0,01	—	—
Запален. сьпін. мозгу .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,02
Усяго . . .	4403	83,34	4652	84,37	4940	82,47	5495	80,71	3774	67,73

Цяпер адзначым, наколькі мяняецца лік няпэўных дыагназаў па гадох. Аб гэтым гаворыць наступная табліца № 4.

1912		1913		1914		1925		1926	
Лік няпэўн. дыягназаў	% к ліку памёршых за год	Лік няпэўн. дыягназаў	% к ліку памёршых за год	Лік няпэўн. дыягназаў	% к ліку памёршых за год	Лік няпэўн. дыягназаў	% да ліку памёршых за год	Лік няпэўн. дыягназаў	% да ліку памёршых за год
880	16,66	862	15,63	1050	17,53	1313 у тым ліку 611 бяз дыагназа	19,29	1798 у тым ліку 125 бяз дыагназа	32,27

Мы бачым, што агульная сума няпэўных і невядомых дыагназаў з году ў год расьце, даходзячы ў 1926 годзе да 32,27 проц. усіх сьмярцей. Гэта значыць амаль у $^1/_3$ выпадкаў сьмерці за 1926 год мы ня ведаем, ад чаго прышла сьмерць. Значную частку гэтай групы складаюць сьмерці без наяўнасьці якога-б то ні было дыагназа. Я ўжо вышэй казаў, што ў 1925 г. 8,87 проц. усіх сьмярцей, у 1926 годзе—20,75 проц. усіх сьмярцей зарэгістраваны без паказаньня прычыны сьмерці. Па азнаямленьні з прычынамі гэтага я ўбачыў, што ў большасьці выпадкаў гэта здарылася не таму, што памершыя пры жыцьці не карысталіся мэдыцынскай дапамогай, а таму, што за апошні час пахаваньні памёршых адбываліся па даведках сельсаветаў без даведак ад дактароў або фэльчароў. У дарэвалюцыйны час на вёсцы было тое самае зьявішча,—тагды дыагназы выстаўлялі сьвяшчэньнікі, на падставе роспытаў сваякоў памёршых. У выніку ў апошнія гады атрымалася такая самая розьніца паміж лікам невядомых дыагназаў, як і ў дарэвалюцыйныя. Калі-ж мы адкінем ня маючыя дыагназаў выпадкі сьмерці (8,87 проц. у 1925 г. і 20,75 пр. у 1926 г.), дык тады выйдзе, што на долю няпэўных, няясных і недасканалых дыагназаў прыходзіцца 10,38 проц. усіх сьмярцей у 1925 г. і 11,52 проц. у 1926 годзе. А калі мы паглядзім, які процант складаюць выпадкі няправільнага дыагназу сярод выстаўленых пасьля выключэньня сьмярцей бяз дыагназаў, г. зн. калі з агульнай сумы няпэўных і невядомых дыагназаў мы выключым лік сьмярцей, ня маючых дыагназу, і гэта-ж число выключым з ліку ўсіх памёршых, дык акажацца, што сярод сьмярцей з прастаўленымі дыагназамі лік няпэўных дыагназаў у 1925 г. раўняецца 11,43 проц., а ў 1926 г.—14,54 проц.; гэта паказвае, што хоць у нас пагоршылася сама рэгістрацыя сьмяротнасьці, але затое ўжо прастаўленыя дыагназы значна больш пэўныя цяпер, у параўнаньні з даваенным часам (16,60 проц. у 1912 г.; 15,63 проц. у 1913 г. і 17,13 проц. у 1914 годзе). З гэтага нам трэба зрабіць два вывады: па-першае—*з рэгістрацыі сьмяротнасьці на вёсцы ў нас арганізацыйна справа стаіць не на належнай вышыні*, і калі так будзе прагрэсыраваць, дык мы пазбавімся ў будучым наогул якіх-бы то ні было дасканалых матар'ялаў аб сьмяротнасьці; і, па-другое, наяўнасьць большай сапраўднасьці ў дыагназах за 1925 і 1926 г. г. у параўнаньні з даваеннымі гадамі *ўскосна паказвае на палепшаньне якаснай пастаноўкі мэддапамогі цяпер у параўнаньні з мінулымі гадамі.*

Вывучым цяпер дыагназы, якія мною аднесены ў групу няпэўных або яўна недарэчных. Гэтая група, як у люстры, адбівае тое прадстаўленьне аб прычынах сьмерці і хвароб, якое мела і мае наша насельніцтва, і тыя мэдыцынскія працаўнікі, якія ўходзяць у мінулае (вайсковыя фэльчары), у руках якіх знаходзілася частка хворых. Калі, напрыклад, маецца запіс, што хворы памёр ад „біеньня сэрца", дык гэта значыць, што і тыя, якія паведамілі аб сьмерці, і тыя, якія запісвалі так у кнізе сьмярцей, былі ўпэўнены, што гэта прычына запраўды была магчыма. А гэта характарызуе агульны ўзровень мэдыка-санітарнай пісьменнасьці насельніцтва і пытаньне такім чынам набывае інтарэс ня толькі чыста мэдыцынскі, але і сацыяльны. Знаёмства з гэтымі дыагназамі адбівае мэдыцынскі сьветапогляд насельніцтва, дае нам магчымасьць бліжэй падыйсьці да яго прадстаўленьняў і больш азнаёміцца з якасьцю мэдыцынскай дапамогі на вёсцы.

Ад чаго-ж можна паміраць, калі судзіць па гэтай групе дыягназаў? Ад „біеньня сэрца" (1912 г.), „каросты" (1912 г.), „высыпкі" (1912, 1913, і 1925 г.г.), ад „чырэя" (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.),

ад „экзэмы“ (1912 і 1926 г.г.), ад „зубоў“ (1925 і 1926 г), „глістоў“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „мігрэні“ (1912 г.), „галаўной болі“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „раптоўна“ (1912, 1913, 1914 і 1925 г.г.) ад „нястраўнасьці жалудка“ (1913 г.), „растройства страваваньня“ (1926 г.), „болі жалудка“ (1914 г.), „ад жалудка“ (1912 і 1914 г.г.), ад „распаду пячонкі“ (1914 г.), „пашырэньня пячонкі“ (1925 г.), „распаду жоўчы“ (1914 г.), „атрафіі мозгу“ (1926 г.), „хваробы нагі“ (1925 і 1926 г.г.), „раны на назе“ (1925 г.), „запаленьня вачэй“ (1914 г.), „расстройства нэрваў“ (1926 г.), ад „дзіцячай хваробы“ (1912, 1913, 1925 і 1926 г.г.), „гніеньня лёгкіх“ (1926 г.), „гніеньня пазваночніка“ (1925 г.), „сэрца“ (1912 г.) і інш. Ёсьць нават выпадак сьмерці ад „бяспрытульнасьці“ (1925 г.).

Гэткія недарэчныя дыагназы за 1925 і 1926 г. г. сустракаюцца значна менш, чым за 1912, 1913 і 1914 г.г. За гады 1925 і 1926 сустракаецца ў меншым ліку і другая частка гэтай групы няпэўных дыягназаў, а менавіта—тая, дзе ў якасьці дыягназу выстаўляецца якаянебудзь прымета хваробы або месца лёкалізацыі яе. Сюды адносіцца: „бранхіт“ (1912, 1925 і 1926 г.г.), „катар жалудка“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г. г.), „хвароба жалудка“ (1925 г.), „запор“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „малакроўе“ (1912, 1913 і 1914 г.г.), „вадзянка“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „гарачка“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „змора“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „пасьля апэрацыі“ (1912 г.), „няўдалая апэрацыя“ (1926 г.), „слабасьць“ (1912, 1913 і 1914 г.г.), „задушша“ (1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 г.г.), „хваробы маткі“ (1912), „жаночая хвароба“ (1912 г.).

Асабліва трэба азначыць дыягназ—„прастуда“, пад якім лічыцца ў 1912 годзе 5,65 проц. усіх сьмярцей, у 1913—4,32 проц., у 1914—6,42 проц., у 1925—6,57 проц., а ў 1926 годзе—7,88 проц.; пад гэтым дыягназам, відавочна, праходзяць розныя хваробы, узьнікненьне якіх супадала з атмосфэрнымі зьменамі, піцьцём халоднай вады пасьля зморы да поту, выхадам пасьля працы ў потным становішчы на паветра і інш.

Цікава, што ў 1925 годзе адзначаны адзін выпадак праказы і адзін выпадак халеры (адзіны за гэтыя гады),—выпадак, які ня выклікаў, аднак, далейшых заражэньняў і які зьяўляецца мусіць моцным інтэрытам. Але знайшоўся чалавек, які гэта знайшоў, другі, які запісаў і ніхто не падымаў шуму, ніхто не паведаміў цэнтр, як быццам халера—нармальнае зьявішча.

У адносінах гэтай групы дыягназаў, безварункова няверных і няпэўных, паўтараю сказанае вышэй: з прыведзенымі папраўкамі трэба лічыць, што колькасьць няпэўных і няверных дыягназаў у 1925 і 1926 г. значна менш у параўнаньні з 1912, 1913 і 1914 гадамі, пры чым асабліва значна паменшыўся лік абсурдных, яўна недарэчных дыягназаў, што сьведчыць аб павышэньні якасьці мэддапамогі на сяле і павышэньні мэдыка-санітарнага сьветапогляду насельніцтва. Затое сама рэгістрацыя сьмяротнасьці пагоршылася: 8,87 проц. усіх сьмярцей за 1925 г. і 20,75 проц. усіх сьмярцей за 1926 г. зарэгістравана без паказаньня прычыны сьмерці.

Пераходжу да групы дыягназаў, якія здаюцца больш - менш пэўнымі.

Процантнае адношаньне ліку праўдзівых дыягназаў да агульнай сьмяротнасьці відаць з наступнай табліцы № 5 і з вышэйпрыведзенай табліцы № 3:

Табліца № 5

1912 г.		1913 г.		1914 г.		1925 г.		1926 г.	
Лік праўдз. дыягназаў	% агульнай сьмяр.	Лік праўдз. дыягназаў	% % к агульнай сьмяр.	Лік праўдз. дыягназаў	% к агульнай сьмяр.	Лік праўдз. дыягназаў	% к агульнай сьмяр.	Лік праўдз. дыягназаў	% к агульнай сьмяр.
4403	83,34	4652	84,37	4940	82,47	5495	80,71	3774	67,73

Праўдзівасьць тут напэўна большая: праўда, ёсьць дыягназы „старасьць“ і „слабасьць дзяцей“, якія мала гавораць аб непасрэднай прычыне сьмерці, але ўсё-ж такі я іх аднёс да групы больш-менш праўдзівых дыягназаў, так як пад „слабасьцю дзяцей“ да 1 году мы павінны разумець выпадкі, зьвязаныя з няўмелым доглядам за дзяцьмі, з няправільным іх карміленьнем, а пад „старасьцю“—выпадкі сьмерці ў узросьце звыш 60 гадоў, больш або менш набліжаючымі да фізыолёгічнай граніцы жыцьця. Як відаць з асноўнай табліцы № 3, сьмерць ад старасьці, г. зн. процант асоб, якія дасягаюць найбольшага ўзросту (калі лічыць па запісах), штогодна ўзрастае: 10,37 проц.—у 1912 годзе, 10,74 проц.—у 1913 г., 11,35 проц.—у 1914 г., 14,35 проц.—у 1925 годзе і 14,18 проц.—у 1926 г.; але трэба заўважыць, што шматлікія выпадкі розных інфэкцыйных хвароб, запаленьне лёгкіх і інш. мелі мейсца і сярод асоб глыбокае старасьці, а зарэгістраваны яны пад дыягназам гэтых хвароб. Такім чынам паказаныя ў табліцы лічбы сьмярцей, якія мелі месца быццам ад старасьці, трэба лічыць памешанымі: на практыцы пад дыягназам „старасьць“ рэгістраваліся, відаць, выпадкі сьмерці сярод старыкоў, у якіх іншай прычыны сьмерці, акрамя старога ўзросту, рэгістраваўшыя не маглі прыдумаць. З другога боку, у гэтую групу ўваходзяць і асобы сапраўдна глыбокае старасьці—у 80—100 гадоў. Каб мець дасканалы малюнак сьмяротнасьці ў гэтым узросьце, а таксама ў іншых узростах, я ўсю сьмяротнасьць распрацаваў па ўзроснаму прынцыпу, вынікам чаго зьявіліся наступныя табліцы №№ 6 і 7; з іх мы бачым, што процант памершых у ўзросьце вышэй 60 гадоў (пачынаючы з 61 г. і вышэй) амаль што не мяняецца за ўсе гады; у 1913 і 1925 г. ён нават памяншаўся, што, як далей убачым, выклікана павялічэньнем дзіцячай сьмяротнасьці (ад водры, шкарлятыны і інш.).

Табліца № 6.

На 100 сьмярцей памёрла ва ўзросьце звыш 60 гадоў:

1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
18,34	16,51	18,61	14,67	17,90

Цікавае пытаньне: які % умірае ў нас ва ўзросьце 100 год? З табліцы № 7 мы бачым, што гэты процант у паасобныя гады знаходзіцца паміж 0,02 і 0,08%; сярэдні-ж процант за ўсе пяць год складае каля 0,06%, г. зн. у ўзросьце звыш 100 год умірае прыблізна 1 на 1500 чалавек. Што датычыцца сьмяротнасьці дзяцей да 1 году, дык і тут трэба адзначыць, што па асноўнай табліцы № 3 лічыцца значны про-

Табліца № 7.

Сьмяротнасьць па ўзросным групам у % да агульнай сьмяротнасьці.

(На 100 сьмярцей прыходзіцца кожнай групы).

Узрост / Гады	Да 1 году	1—5	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	55—60	61—65	66—70	71—75	76—80	81—85	86—90	91—95	96—100	101—105	106—110
1912 .	31,62	19,32	3,68	1,92	2,42	1,98	2,36	2,17	2,96	2,54	3,82	2,73	4,13	3,89	4,98	3,47	3,51	1,22	0,79	0,25	0,17	0,06	—
1913 .	31,14	22,51	3,85	2,23	2,03	2,10	2,07	1,96	2,64	2,90	2,95	3,24	3,88	3,16	4,05	3,51	2,98	1,40	0,93	0,27	0,13	0,04	0,04
1914 .	32,71	17,64	3,04	1,91	2,24	2,42	2,16	1,96	2,73	2,74	3,40	3,74	4,72	4,28	5,52	3,68	3,05	1,0	0,78	0,21	0,07	—	0,02
1925 .	25,53	31,16	3,57	2,79	2,85	2,45	2,40	1,75	2,23	2,06	2,59	2,25	3,69	3,76	3,79	2,65	2,15	1,0	0,72	0,29	0,25	0,06	—
1926 .	26,11	25,81	3,56	2,05	2,82	2,55	2,98	2,07	2,03	2,10	2,73	2,98	4,30	4,15	4,96	2,75	3,00	1,29	0,88	0,47	0,34	0,04	0,02
Сярэдняе за гэтыя 5 год .	29,29	23,57	3,53	2,20	2,49	2,31	2,39	1,97	2,51	2,45	3,07	2,97	4,14	3,85	4,63	3,19	2,90	1,17	0,82	0,30	0,19	0,04	0,01

цант дзяцей да 1 году, якія памерлі пад дыягназам „слабасьць“. Гэтая-ж табліца паказвае, як у апошнія гады рэзка падае лік дзяцей да 1 году, якія паміралі ад гэтай „слабасьці“: 10,69% у 1912 г., 10,10% у 1913 г., 10,89% у 1914 г., 5,77% у 1925 г. і 2,84% у 1926 г. (у % да ўсёй сьмяротнасьці за год). Гэта азначае, з аднаго боку, сапраўды некаторае памяншэньне дзіцячай сьмяротнасьці да 1 году, а з другога боку, гэта зьвязана з лепшай дыягностыкай за апошнія гады, якая дазволіла многія выпадкі дзіцячай сьмяротнасьці, якія раней праходзілі пад дыягназам „слабасьць“, аднесьці да больш-менш акрэсьленых хваробаў.

Вычарпальны адказ аб дзіцячай сьмяротнасьці даюць табліцы № 6, 8 і 9, з якіх мы бачым, што калі лічыць памёршых *ва ўзросьце да 1 году, дык у 1925 г. і 1926 г. іх лік дасьць паменшаньне на 5—6% агульнай сьмяротнасьці ў параўнаньні з даваенным часам:* 31,62% у 1912 г., 31,14% у 1913 г., 32,71% у 1914 г., 25,53% у 1925 г. і 26,11% у 1926 г.; але калі лічыць колькасьць дзяцей, памёршых ва ўзросьце да аднаго году ўключна, дык выйдзе: 38,44% у 1912 г., 38,91%— 1913 г., 40,01% у 1914 г., 39,24% у 1925 г. і 38,19% у 1926 г., гэта значыць *усе гады даюць амаль аднолькавую дзіцячую сьмяротнасьць ва ўзросьце да 1 году ўключна.*

Гэткая розьніца (паміж велічынёй дзіцячай сьмяротнасьці ва ўзросьце да 1 году выключна і гэткай-жа ўключна) знаходзіць, мне здаецца, сабе тлумачэньне ў наступным: факт паменшаньня ў 1925 і 1926 г. г. дзіцячай сьмяротнасьці да 1 году выключна, бязумоўна, зьяўляецца рэзультатам дзейнасьці аховы мацярынства і младзенства і паказвае на якаснае палепшаньне догляду за дзецьмі і большае ўменьне насельніцтва абыходзіцца з імі; аднак у далейшым інфэкцыйныя захвораваньні ўжо ва ўзросьце, пачынаючы з 1 году, памяншаюць гэтыя дасягненьні. Што гэта так—я прывяду лічбы ва ўзросьце роўна 1 году (г. зн. я падлічу колькасьць памёршых, узрост якіх адзначан: 1 год). Атрымліваецца:

Табліца № 8.

Лік памёршых дзяцей ва ўзросьце роўна 1 году (у % да агульнай сьмяротнасьці):

1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
6,82	7.77	7.30	13.71	12,08

Табліца № 9.

Сьмяротнасьць да 1 году ўключна (у % да агульнай сьмяротн.).

1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
31,62+6,82= =38,44	31,14+7,77= =38,41	32,71+7,30= =40,01	25,53+13,69= =39,22	26,11+12,08= =38,19

1-й складнік—сьмяротнасьць дзяцей да 1 г. выключна, 2—сьмяротнасьць дзяцей у ўзросьце роўна 1 год.

Як бачым, у параўнаньні з 1912, 1913 і 1914 г. г. сьмяротнасьць дзяцей ва ўзросьце 1 году павялічылася на 5—6%, гэта значыць на столькі-ж, на колькі паменшылася сьмяротнасьць да аднаго году выключна. Мала гэтага,—ідучы далей, я разьбіў усе сьмерці па ўзростам на пяцігодкі, у выніку чаго атрымалася памянёная табліца № 6; па ёй высьветлілася, што калі мы маем паменшаньне агульнай сьмяротнасьці дзяцей да 1 году, дык у той-жа час атрымліваем павялічэньне яе за гэтыя-ж гады ва ўзросьце да пяці год. У выніку ўсяго вышэйсказанага, можна сказаць, што галоўную дань сьмерці мы даем ва ўзросьце ад 1 і да 5 год, што ў агульнасьці складае:

Табліца № 10.

Сьмяротнасьць дзяцей да 5 год уключна:

1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
50,94	53,65	50,35	56,69	51,92
31,62+19,32	31,14+22,51	32,71+17,64	25,53+31,16	26,11+25,81

(Першы складнік сьмяротнасьці да 1 году выключна; другі—сьмяротнасьць ад 1 году да 5 год уключна).

Гэта значыць—што больш паловы ўсёй сьмяротнасьці падае на ўзрост да 5 год уключна, пры чым за гады 1925 і 1926 няма паменшаньня ў параўнаньні з 1912, 1913 і 1914 гадамі; 1925 г. даў нават за ўсе гады найвышэйшую дзіцячую сьмяротнасьць ва ўзросьце да 5 год (у сувязі з эпідэміяй водры, гл. далей). Аб сьмяротнасьці сярод іншых узросных груп можна мець уяўленьне з табліцы № 6. Скажам тут толькі, што пасьля пяцігадовага ўзросту за гады 1912, 1913, 1914, 1925 і 1926 крывая сьмяротнасьць рэзка падае, прыблізна да 3½% агульнай сьмяротнасьці, потым паступова зьмяншаецца, дасягаючы мінімума ў узросьце 31—35 г. (каля 2%), а потым зноў павышаецца, дасягаючы 2 максымумаў (каля 4—4½% агульнай сьмяротнасьці) ва ўзросьце 55-66-70 год, потым зноў падае. Гэтыя даныя аб сьмяротнасьці па ўзростах точны, так як у запісах заўсёды маюцца адзнакі аб узросьце памершага, калі нават не паказана прычына сьмерці.

Цяпер пяройдзем да аналіза паасобных хвароб, зарэгістраваных, як прычыны сьмярцей.

Дзіцячы панос. У гэтую групу выбраны толькі выпадкі паносу да аднаго году. Па табліцы выходзіць, што ў 1912 годзе ад паносу было 10,45% усіх сьмярцей, у 1913 г.—4,88%, у 1914 г.—4,85%, у 1925 г.—2,66% і ў 1926 г.—3,77%. Трэба лічыць, што дзіцячы панос мае настолькі ясныя прыметы хваробы, што распазнаваць яго лёгка, і калі рэгістрацыя сьмерці праходзіла нават без даведкі дактарскага пэрсаналу, дык усё-ж выпадкі сьмерці ад паносу пападалі іменна ў рубрыку „панос“, а не ў якую-небудзь іншую, і трэба лічыць, што ў рубрыку невядомых дыягназаў папала нязначная колькасьць сьмярцей ад паносу.

Скосным доказам гэтага служыць агульнае падзеньне сьмяротнасьці да аднаго году; дзеля гэтага мы сьмела можам сказаць, што ў апошнія гады (1925 і 1926) мы маем значнае паменшаньне дзіцячай сьмяротнасьці ад паносу, што зноў трэба, мне здаецца, паставіць у

сувязь з дзейнасьцю аховы мацярынства і младзенства і з падвышэньнем агульнай санітарнай пісьменнасьці насельніцтва і большага ўменьня ўскармліваць дзяцей да аднаго году.

Дзіцячыя востра-заразныя захворваньні.

Што датычыцца дзіцячых востра-заразных захворваньняў: водры, шкарлятыны, коклюша, дыфтэрыту, дык яны па сваім прыметам настолькі лёгка адрозьніваюцца і настолькі вядомы насельніцтву, што маюць нават свае назвы: адзёр, кохлік, шкарлятына. Дзеля гэтага мы са значнай упэўненасьцю можам сказаць, што вялікай памылкі ў запісах няма і мы можам прыняць лічбы сьмярцей за больш-менш точныя. Што-ж паказваюць гэтыя лічбы? *Крывая сьмяротнасьці ад шкарлятыны з году ў год расьце;* яна павялічваецца ў 1926 г. нават у два разы ў параўнаньні з 1912 і 1913 гадамі і амаль у 4 разы ў параўнаньні з 1914 годам. Іменна, сьмяротнасьць ад шкарлятыны была: у 1912 г.—4,16% усёй сьмяротнасьці, 1913 г.—4,01%, у 1914 г.—1,37%, у 1925 г.—5,74%, у 1926 г.—8,45%. Каб паўней ацаніць гэтыя даныя, з параўнаньнем іх са сьмяротнасьцю ад шкарлятыны ў іншых мясцовасьцях, на 100.000 насельніцтва памёрла ад шкарлятыны ў гарадох і мястэчках БССР [1]): у 1924 г.—53 чалавекі, а ў 1925 г.—78 чалавек; у 35 гарадох Украіны [2]) у 1924 г. 35,3, а ў 1925 г.—52,3, у гарадох РСФСР ў 1925 г.—65 чалавек (у сярэднім) [3]).

Гарады Захаду даюць значна меншыя лічбы: Гамбург—0,2, Бэрлін — 1,0, Стокгольм — 1,2, Парыж — 5,1; Варшава—21,2 і г. д. на 100.000 насельніцтва [4]). Сьмяротнасьць-жа ад шкарлятыны ў быўшай Слуцкай акрузе дасягала ў 1925 годзе—128,8, а ў 1926 годзе—152 на 100.000 насельніцтва.

Больш дасканала гэта малюе табліца № 11.

Табліца № 11.

Сьмяротнасьць ад шкарлятыны:

Прычына сьмерці	Гады	Лік жыхароў	Памёрла ад усіх прычын	Лік памёршых ад шкарлятыны	На 100.000 насельніцтва памёрла ад шкарлятыны	На 100 сьмярцей ад усіх прычын памёрла ад шкарл.
Шкарлятына	1912	331.113	5283	220	66,4	4,16
	1913	336.051	5514	221	65,9	4,01
	1914	336.051	5990	82	24,4	1,37
	1925	303.409	6808	391	128,8	5,74
	1926	309.477	5572	471	152,2	8,45

---

[1]) Гл. Б. Я. Смулевич: „Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР", 1928 г., стр. 158 и 172.
[2]) Статистика Украины № 84, п. 4, серия 1, цитирована по Смулевичу.
[3]) Гл. С. А. Новосельский: „Естественное движение населения Ленинграда" (цитиров. по Смулевичу).
[4]) Падрабязна гл. Смулевіч, стар. 158.

Такім чынам б. Слуцкая акруга, у якой маецца 2.162 залюднёных пунктаў, дзе насельніцтва самаго Слуцку і 5 мястэчак раўняецца толькі 29.185 чалавек, а 280.992 чалавек—жыхары вёскі, дае сьмяротнасьць ад шкарлятыны ў 1925 і 1926 г. г. у 2—3 разы больш, чым гарады і мястэчкі БССР. Б. Я. Смулевіч вызначае сьмяротнасьць ад шкарлятыны ў гарадох Беларусі ў 53 на 100.000 насельніцтва ў 1924 г. і ў 78—у 1925 годзе, праўдзіва адзначаючы, што гарады Беларусі значна больш церпяць ад шкарлятыны, чым гарады ня толькі буржуазнай Эўропы, але і параўнуча іншыя гарады Савецкага Саюзу. Што-ж казаць аб беларускай вёсцы? (калі па Слуцкай акрузе меркаваць аб Беларусі наогул). Мы павінны лічыць, што тут сьмяротнасьць ад шкарлятыны вельмі вялікая.

Калі супроцьшкарлятынозныя прышчэпкі сябе апраўдаюць, трэба будзе, мне здаецца, перакінуць іх у вёску і стварыць спэцыяльныя прышчэпныя пункты і атрады. Гэта можа мець і навуковае значаньне і будзе зьяўляцца як-бы вялікім масавым вопытам.

Што датычыцца водры, дык яна дае вялізарную сьмяротнасьць у 1925 г., а іменна: 14,23% усёй сьмяротнасьці і ў два разы меншую у 1913 г.—7,35% усёй сьмяротнасьці; у іншыя гады яна трымаецца амаль што на ўзроўні, пры чым лічбы гэтыя блізкі да $2^1/_2$% ўсёй сьмяротнасьці, а іменна: 2,46% ў 1912г одзе, 2,64% у 1914 годзе, 2,82% у 1926 годзе.

Падрабязныя даныя аб водры мы бачым з табліцы № 12.

Табліца № 12.

Сьмяротнасьць ад водры.

Прычына сьмерці	Гады	Лік жыхароў	Лік памёршых ад усіх прычын	Лік памёршых ад водры	На 100.000 насельніцтва памёрла ад водры	На 100 сьмярцей ад усіх прычын памёрла ад водры.
Водра	1912	331 113	5283	130	39,2	2,46
	1913	336.051	5514	405	120.5	7,35
	1914	336.051	5990	158	47.0	2.64
	1925	303 409	6808	969	319,4	14,23
	1926	309.477	5572	157	50,7	2.85

Параўнаньне з іншымі мясцовасьцямі на 100.000 насельніцтва ў 1925 г. памёрла ад водры ў гарадох і мястэчках Бэларусі 42,0, у гарадох РСФСР — 49,6, у гарадох Украіны — 33, у Ленінградзе—50,0, у Маскве — 41,7. На Захадзе: у Лёндане — 7,8, Бэрліне — 4,9, Стакгольме—2 і г. д. [1]).

Такім чынам, у 1912, 1914 і 1926 г. г. сьмяротнасьць ад водры ў быўшай Слуцкай акрузе, прыблізна, роўная сьмяротнасьці ад водры ў 1925 годзе, аднолькава ў гарадох і мястэчках Беларусі, у гарадох Украіны і РСФСР, г. ё. прыблізна 50 выпадкаў на 100.000 насель-

[1]) Смулевіч Б. Я. „Сьмяротнасьць у гарадох і мястэчках БССР“, стар. 159.

ніцтва. Але ў 1925 г. водра ў быўшай Слуцкай акрузе дала нябывала вялікую сьмяротнасьць: 319,4 на 100.000, а ў 1913 г.—некалькі меншую, але таксама ўсё-ж вялікую: 120 на 100.000 насельніцтва. Гаворачы аб водры, трэба сказаць пра забабоны, якія распаўсюджаны сярод вясковага насельніцтва і якія дапамагаюць яе ускладненьням, а іменна: існуе перакананьне, што пры водры трэба баяцца вады і асабліва ваннаў; спадарожныя водры бранхіты часта ўскладняюцца пнэймонамі, а нам вядома, наскольні вялікую ролю ў лячэньні гэтых пнэймоній адыгрываюць ванны, кампрэсы і інш. Гэтыя забабоны шырока распаўсюджаны ня толькі ў вёсцы, але і сярод яўрэяў г. Слуцку і мястэчак. Вялікаму распаўсюджаньню водры і шкарлятыны ў вёсцы, паміж іншым, дапамагаюць жыльлёвыя ўмовы сялянства, якія абсалютна не дазваляюць праводзіць ізаляцыю захварэўшых.

Што датычыцца коклюшу, дык ён, паступова павышаючыся ў дарэвалюцыйныя гады, дасягае максымуму ў 1914 годзе і рэзка спадае ў 1925-26 г.

Табліца № 13.

Сьмяротнасьць ад коклюшу.

Прычына сьмерці	Гады	Лік жыхараў	Лік памёршых ад усіх прычын	Лік памёршых ад коклюшу	На 100.000 насельніцтва памёрла ад коклюшу	На 100 сьмярцей ад усіх прычын памёрла ад коклюшу
Коклюш	1912	331.113	5283	124	37,4	2,35
	1913	336.051	5514	169	52,1	3,01
	1914	336.051	5990	272	80.9	4,55
	1925	303.409	6808	58	19,1	0,85
	1926	309.477	5572	97	31,1	1,74

У параўнаньні з іншымі мясцовасьцямі [1]) сьмяротнасьць ад коклюшу на 100.000 насельніцтва: у гарадох і мястэчках БССР ад 6 ў 1927 г. да 10 чал. у 1927 годзе, максымум у 1923 годзе—12 чал.; у гарадох Украіны—10 у 1923 годзе, 6—у 1924 годзе і 13—у 1925 г.; у гарадох РСФСР: у 1925 годзе—13,7.

Такім чынам сьмяротнасьць ад коклюшу ў вёсках быўш. Слуцкай акругі значна вышэй (у 3-4-8 разоў) гэткай у гарадох і мястэчках БССР, гарадох УССР, гарадох РСФСР; яна значна вышэй і сьмяротнасьці ў гарадох, якія знаходзяцца за межамі гэтых рэспублік: у 1925 г. на 100.000 насельніцтва ад коклюшу памёрла ў Ленінградзе—16,6 Маскве — 13,3, Лёндане — 18,7, Варшаве — 13,4, Бэрліне — 4,2, Гамбургу—3,7, Гааге—1,8 [2]). У агульным гэтыя тры востра-заразьлівыя дзіцячыя хваробы: шкарлятына, водра і коклюш, даюць наступную сьмяротнасьць.

---

[1]) Смулевіч, старонка 160.
[2]) Смулевич Б. Я. „Смертность и заболеваемость населения БССР“.

Табліца № 14.

Сьмяротнасьць ад шкарлятыны, водры і коклюшу на 100 памёршых ад усіх прычын ва ўсіх узростах.

1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
8,97	14,37	8,56	20,82	13,01

Як бачым, сьмяротнасьць ад шкарлятыны, водры і коклюшу зьяўляецца народнай бядой і зьмяншае ўсе дасягненьні, якія мы маем за апошнія гады ў справе аховы здароўя дзяцей да аднаго году. Асабліва гэта прыкметна ў 1925 г.: у той час, як гэта мы вышэй бачылі, у 1925 г. сьмяротнасьць дзяцей ва ўзросьце да аднаго году выключна на 5—6% усёй сьмяротнасьці менш, чым у дарэвалюцыйныя гады,— ва ўзросьце да 1 году ўключна яна ўжо раўняецца сьмяротнасьці гэтых гадоў, а ва ўзросьце да 5 год уключна—амаль што на 6% больш, чым у 1912 годзе. У той-жа час памянёныя тры востра-заразьлівыя хваробы: водра, шкарлятына і коклюш, у 1925 г. даюць на 12% больш сьмяротнасьці, чым у 1912 г.; ясна, што тое павялічэньне на 12% сьмяротнасьці ад востра-заразьлівых хваробаў і даюць у выніку на 6% павышэньне дзіцячай сьмяротнасьці ва ўзросьце да 6 год і пакрывае на 6% тое зьніжэньне дзіцячай сьмяротнасьці 1 году выключна, якога мы дасягнулі ў 1925 годзе ў параўнаньні з 1912 годам.

Аб рэшце дзіцячых захворваньняў дае непасрэднае прадстаўленьне табліца № 3 і на іх асабліва ня трэба застанаўлівацца.

З інфэкцыйных захворваньняў, якія мелі ўплыў на сьмяротнасьць, трэба ўказаць яшчэ на тыфусы і крывавы панос; і тыя і іншыя паменшыліся ў 1925 і 1926 г. г. ў параўнаньні з даваенымі гадамі, што можна бачыць з наступнай табліцы № 15.

Табліца № 15.

На 100 памёршых ад усіх прычын ва ўсіх узростах памерла ад тыфусу і крывавага паносу.

	1912 г.	1913 г.	1914 г.	1925 г.	1926 г.
Тыфусы . .	2,66	2,21	3,14	1,09	0,70
Крывавы панос .	1,23	2,05	1,18	1,26	0,18

Асаблівае зьмяншэньне, як бачым, маецца ў 1926 годзе.

(Працяг будзе).

Санітарна-бытавое апісаньне вёскі Азяраны, Тураўскага раёну, Мазырскай акругі.

Лагун, Я. М.

Кароткі гістарычны нарыс. Аб часе ўзьнікненьня вёскі „Азяраны“ дакладных даных няма. Па расказах аднаго старога селяніна гэтай вёскі, якому больш за 90 год, вёска заснавалася, прыблізна, пры Пятры І. Адзін з старыкоў, якому больш за 90 год, памятуе, што спачатку было толькі 10 хат; усе жылі вельмі бедна і адбывалі паншчыну. Працавалі на пана ў тыдзень 5 дзён; пан, як кажа старык, сялянам зямлю даваў для карыстаньня такую, якая менш давала карысьці, зямлю, якая кожны год залівалася вадою. У такіх абставінах вёска пачынала сваё разьвіцьцё. Адным з магутных фактараў разьвіцьця вёскі ў часы паншчыны быў сплаў лесу, які пачаўся, прыблізна, 60 год таму назад па каналу „Бычок“ у р. Сьцьвігу, а потым уніз па плыні ракі Прыпяці. Сплаў лесу і па гэты час мае немалаважнае значэньне; для большасьці насельніцтва вёскі ён зьяўляецца падсобным заработкам, без якога немагчыма было-б жыцьцё. Апошняя вайна і кастрычнікавая рэволюцыя мала адбіліся на культурным і эканамічным жыцьці вёскі як у бок заняпаду, так і ў бок палепшаньня.

Топографія, гідролёгія і клімат мясцовасьці. Мясцовасьць, на якой знаходзіцца вёска, мае выгляд узвышанасьці, якая абмежавана з паўднёва-заходняга боку каналам „Бычок“, з паўночна-заходняга ракой Сьцьвігай, якая працякае паўз паўночна-заходні канец вёскі на поўнач да вёскі Пагост, дзе і ўпадае ў раку Прыпяць.

З паўночна-ўсходняга боку пачынаецца недалёка ад вёскі Хмызьняк (луг). У паўднёва-ўсходнім баку вёска перарываецца двумя вазёрцамі і мосьцікам. Канал „Бычок“ працякае ўздоўж левай паловы вёскі і, перасекшы вуліцу ў паўночна-заходняй частцы, упадае ў раку Сьцьвігу. Вось на гэтым узгорку і знаходзіцца в. Азяраны. З поўначы да вёскі прылягае былы панскі сад, які належыць цяпер Азяранскаму лясьніцтву.

Мясцовасьць навокал вёскі роўная, акрамя нізін, праз каторыя цякуць канал „Бычок“ і рака Сьцьвіга. Толькі ў напрамку паўднёва-ўсходняга боку ў адлегласьці ад вёскі сямі вёрст маецца вялікая ўзвышанасьць, у гэтым-жа напрамку знаходзіцца і поле вёскі, а ў адлегласьці адной вярсты ад вёскі, у тым-жа напрамку, пачынаецца лес і балота. З паўночна-ўсходняга боку вёскі ў адлегласьці 200—250 крокаў, раскінуўся забалочаны хмызьняк.

Каля пяці вёрст ад вёскі працякае р. Прыпяць.

Глеба, на якой знаходзіцца вёска, мае наступны выгляд: 1 слой—0,3 мэтр. чарназёму, 2 слой—0,2 мэтр. глей з глінаю, 3 слой—0,4 мэтр. чыст. гліны, 4 слой белы пясок у якім і пачынаецца першы ваданосны слой.

Другая частка вёскі—паўднёва-ўсходняя—мае пароду глебы крыху іншую: 1 слой—сіваваты пясок, 2 слой цьвёрды чырвоны пясок.

Іншыя слаі невядомы, бо ў гэтай частцы няма ніводнай студні і толькі можна яе было апісаць па назіраньню з берагу „Бычка“.

Характарны клімат для ўсяго Тураўскага раёну—пераходны ад кантынэнтальнага да марскога-вільготнага Заходняй Эўропы. Сярэдняя гадавая т-ра + 6°С. Самыя вялікія маразы бываюць у студзені і даходзяць да—28°—29°С. Самая вышэйшая тэмпэратура ў году + 34,8°С. Бязьветрые бывае рэдка. Зімою і ўвосень ветры бываюць паўднёва-заходнія, вясною ўсходнія і паўднёва-ўсходнія, а летам заходнія і паўднёва-заходнія. Ападкаў у сярэднім выпадае 581 мм.

Лік дажджавых днёў дасягае 150; па характару яны бываюць аблажныя, ціхія. Навальніцы бываюць рэдка. Але апошнія гады 1923—25 праходзілі навальніцы з градам, якія зьнішчалі шмат пасеваў. Сьнег затрымліваецца каля 3 месяцаў, а часам на 2—3 тыдні сярод зімы зусім растае, дзякуючы мяккаму клімату і паўднёвым і паднёва-заходнім ветрам.

Таўшчыня сьнежнага насьцілу бывае ня значнаю. Найбольшая таўшчыня ў 18 см. бывае ў лютым. Наогул-жа найбольшы лік ападкаў бывае ўлетку.

Апісаньне расьліннасьці данае мясцовасьці. Ужо раней адзначалася, што з паўднёва-ўсходняга боку пачынаецца лес і балота. Пароды дрэў у гэтым лесе самыя разнастайныя, якія сустракаюцца ў Беларусі; але ў пераважнасьці там растуць: дуб, хвоя, ясень, клён, алешнік, вярба, лаза і хмызьняк, сустракаюцца і дзікія грушы. Лес вельмі добры—увесь час Азяранскае лясьніцтва прадае на сплаў дуб і хвою. Вельмі цікавым будзе апісаць расьліннасьць былога панскага саду. Там, акрамя пладовых дрэў і старасьвецкіх ліп і верб, увесь сад абсаджан тутавымі дрэвамі, растуць яны ўжо доўгі час у гэтай мясцовасьці і ні разу ня зводзіліся. У іншым расьліннасьць данае мясцовасьці вельмі падобна да расьліннасьці ўсяго раёну.

Топографія і расплянаваньне вёскі. В. Азяраны зьяўляецца цэнтрам сельскага савету, знаходзіцца ад раённага цэнтру на 9 вёрст. Да акруговага па шляху 111 вёрст (па Прыпяці—бліжэй). Да чыгункі 37 вёрст (ст. Жыткавічы). Да заводаў лесапільнага і скурнага ў м. Тураве—9 вёрст. Вёска месьціцца на бугры, які мае схіл з захаду на ўсход, але некаторыя хаты стаяць на нізкім месцы і ў паводку амаль ва ўсіх іх бывае вада. Расплянавана вёска так, што адзін бок знаходзіцца на адным схіле (к каналу—„Бычок“), другі на другім (к забалочанаму хмызьняку). На гэтым баку, паўз які праходзіць „Бычок“, за выключэньнем пяці хат, знаходзяцца некалькі гумен і хлявы, якія месцамі зусім знаходзяцца на краю берага „Бычка“. На процілеглым баку, які прылягае да дарожкі і хмызьняку (гэта будзе на правым баку), знаходзяцца галоўныя будынкі (хаты і інш.), двары і ў некаторых садочкі па 10—15 дрэў. Вуліца адна, адначасова яна зьяўляецца і шляхам на Танеж, цягнецца з захаду на паўднёвы-ўсход. Некалькі раз яна дае выкруты і толькі ў самым цэнтры вёскі вуліца мае просты напрамак з паўночна-заходняга боку на паўднёва-ўсходні. На левым беразе канала „Бычка“, з паўночна-заходняга боку маецца каля 20 хат; гэты канец вёскі прылягаў раней да фальварку і цяпер заселены яўрэйскім насельніцтвам. З паўночнага боку прылягае да вёскі былы панскі сад і сядзіба з будынкамі—гэта ўжо на правым баку канала „Бычка“. Паўднёва-ўсходні канец вёскі ўпіраецца ў невялікае вазерца і тут-жа канчаецца галоўная частка вёскі, а за мосьцікам, у паўднёва-ўсходнім баку, знаходзіцца 5 сядзіб з гэтай вёскі. На правым баку вёскі каля мосьціка, які знаходзіцца з паўднёва-ўсходняга боку, месьцяцца магілкі вёскі, да якіх прылягае некалькі хат. Па сярэдзіне вуліцы ўпоперак

перасякае дарожка, а цераз канал „Бычок“ зроблен для яе мосьцік. На месцы перасячэньня гэтай дарожкай вуліцы знаходзіцца грамадзкая плошча, з трыбунай па сярэдзіне. Тут-жа месьціцца і цэрква, а крыху прайшоўшы няскончаны будынак сельсавету і хаты-чытальні, на супроць, на другім баку вуліцы, знаходзіцца будынак школы. Вуліца цягнецца далей і перасякаецца к. „Бычок“ Выгану грамадзкага, за выключэньнем мал. у 3—4 дз. каля ракі Сьцьвігі, няма. Быдла пасецца па казённым балоце і лесе. Вуліца ў галоўнай частцы праходзіць па высокім месцы і дзякуючы гэтаму, гразі ўлетку і ў іншыя часы году амаль ня бывае; насьцілу ніякага няма, амаль ля кожнага двара на вуліцы ляжыць будаўнічы матар‘ял (шулы, слупкі, бярвеньне і др.). Дрэванасаджэньняў на вуліцы няма і толькі некалькі (мала) двароў маюць перад хатаю ліствовыя дрэвы. З прычыны гэтага вуліца мае ня вельмі прыгожы выгляд. Ва ўсёй вёсцы маецца 99 двароў, пабудаваных паабапал вуліцы, але большасьць двароў знаходзіцца з правага боку (калі ўсё разглядаць стаўшы па плыні „Бычка“). Пачынаючы з паўднёва-ўсходняга боку двары разьмяркоўваюцца ў наступным парадку: пяць двароў за мастком з паўднёва-ўсходняга боку зьлева; зьлева далей, знаходзіцца некалькі хат з дварамі, астатнія будынкі—хлявы і сьвірны; большасьць-жа хат і двароў знаходзіцца на правым баку вуліцы.

Разрыў паміж дварамі: максім. 20 мэтр.; мінім. 3 мэтр.; сяр. 9 м. Палісаднікаў у вёсцы амаль няма; мне давялося ўбачыць толькі 3 палісаднікі, у якіх расьлі кветкі. Сады разьмяркованы на правым баку вёскі, як раней упаміналася, па 10—15 дрэў у кожным, тут-жа сустракаюцца садочкі на 3—4 дрэвы. Пароды іх, галоўным чынам: яблыні, ігрушы, вішні, ёсьць сьлівы, але рэдка. Вялікі сад (3,5—4 дз.) маецца ў Азяр. лясьніцтве, там знаходзяцца як фруктавыя дрэвы, так няфруктавыя (тутавыя), якімі абсаджан увесь сад. У сярэдзіне саду знаходзіцца сажалка, каля яе на ўзгорку некаму пану помнік з замежным надпісам. Старыя вербы і ліпы сьведчаць аб перажытым гэтай сядзібы і зьяўляюцца помнікам, па словах старыка, мінулага жыцьця паноў. Сялянскія сады ў гаспадарцы вялікага значэньня ня маюць, бо яны толькі задавольваюць свае патрэбы, ды і то ня ўсіх. Фрукты з садоў ніхто ня продае, за выключэньнем некаторых выпадкаў, калі хто-небудзь прадасьць пуд ці два, з-за недастачы сродкаў, на дробныя патрэбы.

Водазабясьпека і водакарыстаньне. Для карыстаньня піцьцявою вадою насельніцтва і вадапою жывёлы ў вёсцы Азяраны, для 85% насельніцтва служыць адкрыты вадаём—кан. „Бычок“. Трэба адзначыць, што гэта не сапраўды сталы канал, як яго завуць, а звычайная канава, якая пракопана ў часы паншчыны для сплаву лесу. На ўсёй вёсцы ёсьць толькі тры студні, але яны належаць больш культурным жыхаром вёскі:—яўрэйскаму насельніцтву, лясьніцтву і на процілеглым канцы вёскі каля могілак был. ротнаму фэльчару. Такім чынам карыстаюцца вадою каля дзесяці двароў, а рэшта з кан. „Бычок“. Гэты „канал“ працякае з паўднёва-заходняга боку вёскі і пачатак свой бярэ ў 16 км. ад вёскі з крыніцы, якая знаходзіцца на горцы, прыблізна, у 6 км. ад вёскі Ів. Слабады, Танескага сельсавету. Ён мае напрамак з поўдня на поўнач, праходзіць балотную і лясістую мясцовасьць, падыходзіць да вёскі—служыць вадаёмам для яе і, перасекшы вуліцу, ўпадае ў раку Сьцьвігу. Праходзячы праз лясістую мясцовасьць ён зьяўляецца добрым руслам для сплаву лесу. Па гэтаму ён мае вялікае экономічнае значэньне для насельніцтва данага раёну.

Насельніцтва вёскі, жыўшае ў часы паншчыны пад уціскам і прыгонам, не магло падумаць аб пабудове студняў. І з году ў год кары-

сталася насельніцтва дармовым, лёгкім для здабычы, вадаёмам „Бычка", з году ў год пераходзілі ад бацькоў дзецям ва ўласнае карыстаньне ня толькі гаспадаркі, але і спосаб водакарыстаньня „дзядоў і прадзедаў". Нізкі культурны ўзровень насельніцтва не даваў і на гэты дзень яшчэ не дае магчымасьці адмовіцца ад дзядоўскіх спосабаў водакарыстаньня. Яшчэ і цяпер шмат насельніцтва прытрымліваецца думкі: „як нашы дзяды карысталіся, ды доўга жылі, так і мы будзем карыстацца". Шырыня „Бычка" каля вёскі 5—8 мэтр. у сярэднім; такая-ж не раўнамернасьць і глыбыні, якая мае, прыблізна, ад 0,3 м.—0,7 м. у сярэднім. Плынь сярэдняе хуткасьці (крыху можа і вышэй сяр.), але ня гледзячы на гэта, забруджваньне вады вялікае. Гэтаму значна дапамагае характар берагоў. Правы бераг высокаваты, ня стромы, левы значна ніжэйшы і адлогі. Берагі гразныя, жоўты пясок перамешан з чарназёмам, гноем і з іншымі адбросамі. На дне жоўты пясок амаль усюды, толькі ў некаторых месцох з берагу пракідаецца чорназём, перамешаны з пяском. Ваду з „Бычка" бяруць хатнім драўляным вядром дзе каму зручней, ня прытрымліваючыся пэўнага месца, прама з берагу разагнаўшы чуць паверхню вады.

У некаторых месцах каля берагу ёсьць дошкі альбо каменьне ў вадзе і з гэтых месц чэрпаюць ваду. Прычыны забруджваньня вады, ня гледзячы на досыць хуткую плынь, вялікія. Цераз „Бычок" на другі бок улетку пераганяецца ўсіх сартоў жывёла, а ў дзень на ўсім працягу „Бычка", лазяць сьвіньні, разрываючы берагі—каламуцяць ваду, а сваімі адбросамі забруджваюць яе, мала гэтага, само насельніцтва дапамагае забруджваньню вады мыцьцём рознае бялізны (нацельнае, дзіцячых пялёнак і іншых), асабліва ў верхнім цячэньні. Акрамя ўсяго сьцёкі з заўсёды бруднай вуліцы, двароў, хлявоў, якія блізка стаяць ля „Бычка", завяршаюць забруджваньне. Вышэйапісаныя фактары забруджваньня вады павялічваюць утрыманьне органічных матэрый, а значна высокая т-ра вады (у 9 гадз. раніцы +17°С, у 7 гадз. увеч. + 17,5°С,) спрые разлажэньню органічных матэрый і павялічэньню мікробнай флёры. Вада „Бычка" мае жаўтаваты колер, мяккая, з слашчавым смакам. Летам „Бычок" ня высыхае.

Водакарыстаньне са студняў. Як раней адзначалася ва ўсёй вёсцы маецца ўсяго 3 студ. і адна ад другое знаходзяцца на значнай адлеглясьці. Тая студня, якую сапраўды можна аднесьці да вясковай студні—знаходзіцца на паўднёва-ўсходнім канцы вёскі каля могілак. Знаходзіцца яна ва двары, капальная, з драўляным новым зрубам, вышыня якога 0,7 мэтр., абрасла мхом і зельлем.

Ад зямлі да вады 2 мэтр., вады 0,7 мэтр. Вада бярэцца „крукам" (жордка, у тоўсты канец якое забіваецца гвозд, каб зачапіць восілку вядра), агульнага вядра няма. Карыстаюцца ёю 2 двары з агульным лікам насельніцтва 9 душ. Другія суседнія двары карыстаюцца вадою з яе выпадкова. Што належыць да іншых студняў, то яны знаходзяцца на процілеглым канцы вёскі: адна Азяранскага лясьніцтва, другая—яўрэйскага насельніцтва. Гэтыя студні ў сэнсе пабудовы і карыстаньня зьяўляюцца такімі-ж, як і вышэйапісаная. Яны ня глыбокія, маюць вады ня звыш аднаго мэтру, мала чысьцяцца, драўляныя, пазарасталі мохам і зельлем. Імі карыстаюцца 5 двароў з агульным лікам 63 душы. Агульнага вядра няма, дастаюць ваду хатнім драўляным альбо бляшаным вядром пры дапамозе так званага „крука". Каля студняў ухілу няма як у першай, так і ў гэтых; ёсьць каля некаторых яміны; усе яны пабудованы ў дварох. Забруджваньне вады ва ўсіх студнях вялікае. З прычыны кепскага нагляду за імі, адсутнасьць каля іх ухілу і малая глыбіня, усё гэта больш-менш спрые забруджваньню тымі

сьцёкамі, якія бываюць увосень і ўвесну; адсутнасьць агульнага вядра, паеньне жывёлы з хатняга вядра, усё гэта пагаршае санітарнае становішча водакарыстаньня. Карыт ля студняў для паеньня жывёлы няма. Як мы бачым, абароны студняў ад забруджваньня няма і вада вясною і ўвосень мае нязвычайны пах; улетку вада ня чыстая, мае балотны пах, гноем не адносіць. Вада ў студнях першага ваданоснага слою, улетку не высыхае.

Крыніц каля вёскі няма, раней, кажуць, былі, але ў сучасны момант яны пазасыпаліся і пазарасталі. Вот у кароткіх рысах водакарыстаньне насельніцтва вёскі і забясьпека вадаёмаў. З усіх бакоў акружае вёску вада. Пры няшчасных выпадках (пажарах), якія ня мінаюць кожную беларускую вёску, здабыча вады для тушэньня іх лёгкая. У гэтых адносінах вёска знаходзіцца ў добрых умовах. Вада захоўваецца ў хаце ў вёдрах, большаю часткаю ў драўляных. З вадою вядро стаіць звычайна на лаве ў кутку супроць печы; адкрытае заўсёды стварае ўмовы забруджваньня вады ў хатніх абставінах. Пыл пасьля замятаньня хаты, пабела са сьцен і столі, прусы, клапы і іншае,—усё пападае ў вядро. Ды й даставаньне вады з вядра кубкам, які стаіць на бруднай лаўцы, а то і зусім пад лаўкаю, даставаньне затопленага кубка бруднымі рукамі дзяцьмі (амаль у кожнай хаце), усё гэта ня менш забруджвае ваду, чым іншыя спосабы. На ноч вада бярэцца ў хату (каб у ночы папіць, а раніцою ўмыцца), у дзень па патрэбе.

У сярэднім на адну гаспадарку ідзе ўлетку вады 6—8 вёдз., узімку 16—18 вёдз. З іх на хатнія патрэбы ў сярэднім 2—3 вядры, рэшта на гаспадарчыя.

Для палепшаньня водазабясьпекі, памойму, патрэбна ўжыць наступнае: 1) пастарацца выкапаць некалькі грамадзкіх студняў, каб усё насельніцтва вёскі карысталася вадою са студняў; пабудаваўшы іх, вядома, па адпаведнаму пляну—гэтым мерапрыемствам ня толькі палепшым водазабясьпеку, але і водакарыстаньне, якое ў в. Азяраны яшчэ і па гэты час мае вельмі прымітыўны спосаб. 2) Для кожнай студні патрэбна пабудаваць вочап з агульным прыкованым вядром. 3) Каб ня так забруджвалася ў хатніх абставінах вада, патрэбна растлумачыць насельніцтву шкоднасьць ужываньня бруднай (забрудж.) вады і як мерапрыемства супроць забруджваньня ў хатніх абставінах вады—накрыўкай накрываць хатнія вёдры.

Дэмографічная характарыстыка насельніцтва *). Усяго насельніцтва 527 душ; па нацыянальнаму складу: 459 беларусаў, 68 яўрэяў; па полу беларусаў—муж. 236, жанч.—223.

Сямействаў—98; з іх: беларускіх—78; яўрэйскіх—20; па ўзросту (толькі беларускае насельн.): да 7 год—132, ад 7—14 г.—67, ад 14—50—227 і стар. 50 г.—33. Мы маем лічбы, якія паказваюць, што толькі палова беларускага насельніцтва можа прымаць удзел у сялянскай працы, выключая, вядома, з гэтай групы ўсіх непрацаздольных.

Іміграцыя ў вёску і эміграцыя і прычыны гэтаму. Вялікай эміграцыі з вёскі ўсе часы ня было. Да вайны 14 году выехала з вёскі ў Паўночную Амэрыку пяць асоб, мужчын; пасьля імпэрыялістычнай 1 чал. Прычына гэтаму—дрэннае становішча ў некаторых гаспадарках. Зямлі не хватае, растуць сыны, а прылажыць рабочыя рукі ў беларускім умовах недзе было, і хто толькі хацеў ехаў у Амэрыку і зарабляў грошы. У Расію на заработкі не выяжджалі і таксама і ў іншыя месца. Ва ўсе часы ў вёску іміграцыі ня было.

*) Па даным сельсавету.

Экономічная характарыстыка. Асноўным заняткам насельніцтва вёскі зьяўляецца земляробства. Пабочны заработак—сплаў лесу, і ім займаецца большая частка насельніцтва. Значэньне пабочнага заработку ў кожнай гаспадарцы вельмі вялікае, бо свайго хлеба на год у большасьці гаспадарак не хапае. Агульны прыбытак з пабочнага заработку на Азяранскі сельсавет 20710 руб., большая частка гэтага заработку застаецца ў вёсцы Азяраны. Яўрэйскае насельніцтва, якое жыве ў вёсцы, мае 19 працаздольных чалавек і яны ў вёсцы працуюць па наступным прафэсіям: кавалёў—2 ч., служачых—6 ч., краўцоў—2 ч., шаўцоў—2 ч., чорнарабочых—2 ч., утрыманцаў—2 ч., і толькі 3 асобы займаюцца земляробствам. Па сплаву працуе адна арцель, палова—сябры саюзу Працоўн. Зямлі і Лесу; кожны сябар арцелі ў дзень зарабляе ў сярэднім адзін руб. Займаецца сплавам лесу і лесараспрацоўкамі 53 сям'і белар. Насельніцтва забясьпечана зямлёю мала. Пасьля Кастрычнікавай рэвалюцыі сяляне зямлі панскай не атрымалі, бо блізка яе ня было. На душу сенапашні выходзіць прыблізна каля 0,6 дз. на 99 двароў—сенажаці: заліўной 102,9 дз.; незаліўной 14 дз. Пахаці—175,52 дз.; з гэтай пахатнай зямлі засяецца—162,75 дз. Лесу ў вёсцы мясцовага значэньня няма. Зямля родзіць сярэдня, звыш сярэдняй рэдка бывае. Спосаб апрацоўкі зямлі звычайны: плуг, барана і г. д. Уся зямля разьбіта на тры палеткі, на якіх кожны год засяюць на зіму: жыта, пшаніцу, а ўвесну яравы засеў: авёс, ячмень, бульбу, грэчку, проса (да 25 пудоў намалочваюць) і іншае. Угнойваюць—гноем, сеюць лубін, а апошнія часы—пачалі сеяць канюшыну і цімафейку. Бульбу сеюць у радкі і абганяюць драўлянай сошкай. Тры палеткі, якія маюцца ў вёсцы, разьбіты на палоскі, у кусках зямлі вельмі мала—10—15 дз.. Такім чынам землякарыстаньне ў вёсцы цераспалоснае, трохпольнае. Падлічана ў вёсцы сельсаветам агароду—0,75 дз.; саду—0,7 дз.

Забясьпечанасьць насельніцтва (буйнай і дробнай) жывёлаю і сельскагаспадарчым інвэнтаром: кароў 280, быкоў 2, валоў 28, коняй 125, сьвіней 108.

На ўсю вёску ёсьць адна малатарня, тры арфы, чатыры сячкарні. Ва ўсіх дварох плугі і бароны жалезныя. Свайго хлеба на год хапае: на ¾ г.—18 гасп.; на ½ года—26 гасп.; на ⅓ г.—10 гасп.; на ¼ году—13 гасп. і толькі астатнія гаспадаркі карыстаюцца сваім хлебам ад новага да новага. У гэты лік яўрэйскае насельніцтва не ўваходзіць. Такім чынам у 67 гаспад. не хапае свайго хлеба.

Разьмеркаваньне насельніцтва па заможнасьці: заможных—8 гаспадарак (8,08%), сярэдн. гаспадарак 46,92%, бедняцк. гаспад. 30%, безлашадн. 15%.

Коопэрацыя [1]). Ёсьць у вёсцы коопэратыў, які заснаваўся ў 1925 г. мае асноўнага капіталу 20 тысяч. руб. з 174 пайшчыкамі,—з вёсак: Азяраны—89; Сьляпцоў—63; Бечы—19; Буды—3. Коопэратыў чыста, спажыўны—прадаюць у ём усё ходкае для сялян (мануфактуру, бакалею, галянтарэю, жалеза, муку, розную крупу і іншае). Наогул коопэратыў мае самыя патрэбныя тавары і насельніцтва больш-менш імі задавальняецца. Некаторыя перабоі наглядаюцца ў дастаўцы мукі, асабліва ўвесну. Наглядаецца, што тавараў разыходзіцца ўзімку больш, чым улетку. За апошнія часы пачаў павялічвацца лік пайшчыкаў. Прыватным гандлем насельніцтва вёскі не займаецца, за выключэньнем некаторых яўрэяў; гандаль дробны і вялікага значэньня ня мае.

Кірмашы бываюць у м. Шураве, з вёскі на іх выводзіцца толькі жывёла.

---

[1]) Па даным загадчыка коопэратыву.

Сядзіб вялікіх мала, большасьць вузкіх і доўгіх. Даўжыня няроўная, мясцамі даходзіць да 200 мэтраў (гэта самая доўгая); самая кароткая—12 мэтр. Самая меншая сядзіба—0,12. Тып забудовы двароў сустракаецца розны, пераважна: двохшэраговы, ня поўнай літарай П, літ. Г. Хата будуецца паперадзе ўсіх будынкаў, вокнамі на вуліцу. Пры хаце маюцца заўсёды сенцы, у якіх адбіваюцца некаторымі каморкі (так званыя клеці). Хаты бяз сенцаў сустракаюцца ў самых бедных сялян. Сенцы не ва ўсіх роўныя, усё залежыць ад заможнасьці таго ці іншага селяніна. За сенцамі пачынаюцца хлявы ў адзін шэраг без разрыву, альбо паміж хатаю і хлявамі маецца разрыў на 2—3 мэтры.

Часта хлявы знаходзяцца на другім баку двара. Хлявы падзяляюцца на хлявы для кароў (адрыны), для коняй і для сьвіньняў. Для астатніх, к хлявам прыбудоўваюць трохсьценьнікі, так зван. „хляўцы". У некаторых такога падзелу няма, хлеў адзін і зразу пачынаецца ад хаты пад адной страхою. Такая не аднастайная пабудова будынкаў у дварэ складае розныя тыпы забудовы двароў. Яшчэ да дваровых пабудоў трэба аднесьці клеці (сьвірны), „ісьцёпкі" для бульбы, а калі хто іх ня мае, дык капаюць ва дворы ямінь, абкладваюць дрэвам (дубам), абсыпаюць зямлёю і наводзяць стрэхі—гэта паграбы. У іх сяляне складаюць усю сваю гародніну (буракі, капусту, гуркі і інш.) і, галоўным чынам, бульбу. Гумна знаходзяцца ў адлегласьці ад другіх будынкаў двара. Іх аддзяляюць гароды, сады, у каго ёсьць. Некаторыя гумна знаходзяцца на другім баку вуліцы ў значнай адлегласьці ад хат. Пабудова гумен у вялікай адлегласьці ад хат выклікана небясьпекаю ад пажараў. Гумно зьяўляецца важнаю гаспадарчаю пабудовай; як раней адзначалася, яно знаходзіцца паасобку ад іншых будынкаў і будуецца крыху вышэй хлявоў, часта з адгарожаным сьцяною пругменкам. У параўнаньні з іншым месцамі БССР, гумна не вялікія, маюць пасярэдзіне тачок, а паабапал „стаўны", у якія складаюць пашню і сена. Хлявы драўляныя (хвоя, асіна), халодныя. Будуюцца ў просты кут, паміж вянкамі кладзецца мох. Столі ў хлявох няма; паміж страхою і верхнім вянком дзіркі, якія ўзімку затыкаюцца некаторымі саломаю. Вароты шчыльна не закрываюцца і, дзякуючы гэтаму, узімку надувае туды шмат сьнегу; наогул хлявы ад зімовых халадоў не абараняюцца, толькі некаторыя гаспадары закрываюць у хлявох усе дзіркі саломаю, а ў варотах матамі.

Хата. Звычайна хата будуецца паперадзе ўсіх будынкаў і вокнамі на вуліцу. Хаты, пабудаваныя плячыма на вуліцу, сустракаюцца рэдка. Пераважна два вакны глядзяць на вуліцу, а астатнія на двор. Такое тыповае расплянаваньне хат у вёсцы Азяраны. Тыпы хат, якія сустракаюцца тут: Старасьвецкія хаткі з трыма вокнамі, памерам 5,6×5,6 мэтр. альбо 4,2,×4,2 мэтр.; іх цяпер мала, чатырохсьценкі з 4-ма вокнамі і, урэшце, так званы паменшаны тып хат, у які ўваходзіць: пяцісьценка і „дамок" (хаты з некалькі пакоямі). Хаты, якія яшчэ сустракаюцца з трыма вокнамі малога памеру, цяпер амаль што выжыліся чатырохсьценкаю з 4 вокнамі і большага памеру. У ранейшыя часы, у часы паншчыны, былі хаткі вот гэтакага старасьвецкага тыпу 4,2×4,2 м. і з трыма вокнамі. Яны мелі пераважную большасьць да 40 год таму назад. Пасьля пажару, які адбыўся 40 год назад і зьнішчыў амаль усю вёску, пачалі будаваць хаткі большага памеру і з 4-ма вокнамі, якія застаюцца цяпер пераважным тыпам хат у вёсцы. У апошнія часы больш заможныя сяляне будуюць свае хаты—павялічваючы памер і асьвятленьне—усё гэта ім падсказвае культурнасьць, а таксама і недахват жылой плошчы. Амаль усе

сяляне пачынаюць разумець, што большы лік вакон дае ня шкоду (холад узімку), а здароў'е. Большая жыльлёвая плошча дае магчымасьць захоўваць чыстату і лепш разьмеркавацца ў хаце (для спаньня). Але ўсё гэта адносіцца да больш заможнай, альбо больш прадпрыімнай часткі насельніцтва. Хату пачынаюць разьбіваць на некалькі пакояў, даючы кожнаму з іх прызначэньне (кухня, спальня, сталовая). Вось эвалюцыя сялянскай хаты ў вёсцы; канцом гэтае эвалюцыі зьявіўся палепшаны тып —„дамок". Ён зьявіўся пасьля вайны ў самы разгар рэволюцыі, калі сяляне, ня маючы свайго лесу, скарысталі момант і вывезьлі з скарбовага і панскага лесу будаўнічы матар'ял. Маючы дармовы матар'ял, пачалі будаваць больш прасторныя хаты, высокія, з здавальняючым асьвятленьнем і кубатурай. „Дамкі" не адносяцца выключна заможнаму насельніцтву, маюць іх і не заможныя. Поруч з гэтым зьменьвалася і тэхніка пабудовы. Раней будавалі ў просты „расейскі" кут, а цяпер пачалі будаваць у „нямецкі" кут, абчэсвае альбо абганяе пілою бярвеньне, выпрацоўвае брусы і з гэтага будуюць сьцены хат. Будаўнічы матар'ял хат: ёлка, хвоя, асіна; пераважна хвоя. Паасобныя часткі хаты будуюцца ў наступным парадку: першы вянок кладзецца на штандары, укопаныя па кутках і пасярэдзіне сьцен, а далейшыя вянкі перакладаюцца мхом да самага верху. Збудаваўшы сьцены, кладуць балькі, а на балькі кроквы, як страха на кроквах, а то проста ў прэдняй і у задняй сьцяне стаўляюць козлы—на іх кладуць вялікае доўгае бервяно, на якое чапляюць жордкі (ключы), к ім прывязваюцца пруцьця і крыецца саломаю. Вось усе будаваньне хатняга зрубу канчае страхою. Пад першы (ніжні) вянок пасьля сканчэньня зрубу падбіваюць каменьне, а не, падкопваюць „слупкі" дубовыя альбо хваёвыя; абстаўляць іх дошкамі і саломаю на адлегласьці 0,25 м. ад сьценкі і засыпаюць туды пясок—атрымліваецца так зв. прызба. Ва ўсёй вёсцы гэтакіх прызб каля 25. Ёсьць 2 цагляных фундаманта і некалькі фундамантаў з каменьня, падбітага пад зруб, рэшта хат мае толькі „слубкі". Дзьверы ў хаце прыганяюцца шчыльна да ўшакоў, у некаторых нават хутраваньне з сярэдзіны; у іншых толькі абіваюцца на зіму з сянец саломаю. Усё гэта, вядома, робіцца каб захаваць цяпло. Столь амаль ва ўсіх хатах кладзецца зьверху балек, некаторыя хаты (палепшаны тып) маюць дубальтовую столь (чарнасьціл і падшыўка). Паверх столі робіцца насьціл з лісту, моху, альбо з саломы і пяску, альбо яшчэ насьцілаюць кастрыцу. У большасьці хат насьціл складаецца з моху і лісту, а паверх пясок. Гэтага досыць, каб захаваць зьверху цяпло. Стрэхі амаль усе саломяныя, пакрыты кепска. Падлога ёсьць у 55 хатах, што складае 60,43%; у астатніх 36 хат падлога зямляная. Будуецца падлога з дошак, заўсёды ардынарная. Кладзецца яна на брусы, пакладзеныя ўпоперак хаты (на падваліны). Роўна з падвалінамі насыпаецца зямля і кладзецца падлога; між дошкамі і зямлёю адлегласьці няма. Сенцы зьяўляюцца прыбудовай да хаты, галоўным чынам, да чатырохсьценкі. Сенцы сустракаюцца памерам 5,6 × 5 м. ці 5,6 × 4,2 м. і мае іх 41 хата, што складае 45,05%; у іншых альбо зусім ня маюцца, альбо маюцца маленькія з дашок памерам 3 × 2 м. Сенцы будуюцца з такіх-жа самых парод дрэва, як і хаты, але матар'ял іх значна танчэйшы. Усе яны халодныя, ня маюць у большасьці столі і падлогі. У некаторых з іх маюцца адгароджаныя дошкамі каморкі, дзе знаходзяцца некаторыя гаспадарчыя рэчы і пашня. Куфры (вялікія сундукі з бялізнай, з палатном і адзежаю) знаходзяцца ва ўсіх хатах з-за боязьні зладзейства. Ня спыняючыся на падзеле на пакоі чатырохсьценкі, пяройдзем да палепшаных тыпаў хат—пяцісьценак, з дзьвёх паловін і „дамкоў". Само сабою

зразумела, што чатырохсьценка—мае адзін пакой і ўвесь ён прызначаны для жыльля і адбываньня ўсіх гаспадарчых працэсаў.

Пяцісьценка мае два пакоі, адзін меншы з вялікай расейскай печу—кухня—у якой адбываюцца ўсе гаспадарчыя і хатнія працэсы (прыгатаўленьне сабе яды, харчы жывёле); тут заўсёды стаяць цабры рознага памеру, з бульбаю чыгуны, карыты, вёдры, а таксама тут адбываецца і яда ўсяе сям'і. Другі пакой, трошкі чысьцейшы, прызначаецца для спаньня і гасьцей, але ў ім таксама выконваецца розная праца (пража і г. д.) і захаваць належную чыстату не магчыма. З дзьвёх палавін хаты нічым не адрозьніваюцца ад чатырохсьценак. Там у кожнай палавіне па расейскай печы і ў кожнай з іх па сям'і. „Дамкі" маюць па некалькі пакояў (3—4) і кожны з іх мае сваё прызначэньне: спальня, сталовая, кухня. Грунтоўную перагародку пяцісьценка мае адну, а „дамок" некалькі. У пяцісьценцы будуецца печ так, каб адна сьценка яе выходзіла ў другую палавіну. Сенцы і каморкі прызначаюцца для абароны ад зімовых халадоў, для складу гаспадарчых прыпасаў і прыладаў, а ўлетку для спаньня.

Памеры хат. Усіх хат 91; з іх: чатырохсьценак 42, пяцісьценак 21; з дзьвёх палавін 13; „дамкоў" 15.

Памеры хат паводле асобных тыпаў у мэтрах:

№№	Чатырохсьценка	Найб.	Найм.	Сярэдні
1	Вышыня сьцен знадворку (ад зямлі да верхняга вянку)	3,5	3,0	3,3
2	Унутры хаты (ад падлогі да столі) .	2,8	2,3	2,6
3	Даўжыня сьцен знадворку . . .	6,3	4,9	5,6
4	Даўжыня сьцен знутры	5,6	4,2	5,0
5	Шырыня сьцен знадворку . . .	6,3	4,9	5,6
6	Шырыня сьцен знутры	5,6	4,2	5,0
7	Агульная хатняя плошча падлогі .	28,36	15,64	23,0
8	Кубатура	79,4	36,0	59,8

Паказваючы табл. памераў хат, я адзначу, што з агульнай плошчы падлогі вылічвалася плошча печы.

Памеры хат палепшанага тыпу:

№№		Пяцісьц.	„Дамок"
1	Вышыня сьцен знадворку (ад зямлі да верхняга вянку)	3,6	4,2
2	Вышыня сьцен знутры (ад падлогі да столі).	2,8	3,2
3	Даўжыня сьцен знадворку	11,0	10,5
4	Шырыня сьцен знутры	5,6	6,25
5	Шырыня сьцен знадворку	6,3	7,0
6	Даўжыня сьцен знутры	10,0	9,75
7	Агульная плошча падлогі	53,0	58,0
8	Кубатура	148,4	185,6

Таксама плошча печы вылічвалася з агульнай плошчы падлогі і па гэтай табліцы.

Унутраная аддзелка хат складаецца з тынкаваньня, абцесаваньня і бяленьня і, нарэшце, замазкі пазоў глінаю. Абтынкаваных хат—35; толькі пабеляных—36, рэшта нябеленых і не абтынкаваных. Беляцца хаты белаю глінаю з прымесьсю сінькі. Бяленьне хаты мелам наглядаецца толькі ў больш заможных. Белаю глінаю вымазаны ўсе сьцены, столь і печка. Абклейка хатніх сьцен сустракаецца рэдка. Калі дзе і сустракацца, дык толькі абклеен „покуць“ (кут, дзе вісяць абразы), да й то не абойнай бумагаю, а газэтамі, з намалёванымі на іх рознымі цацкамі (вузорамі). У новых будынках (палепшаны тып) наглядаецца габляваньне сьцен знутры і знадворку. Хатняе асьвятленьне складаецца: з штучнага асьвятленьня ўвечары і вокан удзень. У кожнай хаце маецца лямпа, яе паляць рэдка, можна сказаць, сьвятымі днямі. Улетку яе амаль зусім ня паляць, бо лажацца зарань спаць. Узімку хатняе асьвятленьне адбываецца пры дапамозе „каміноў“. Камін гэта труба, расшырана падобна грамафоннай, вузкім канцом уваходзіць у столь, а там і ў агульны камін (трубу). Гэтыя „каміны“ ў большасьці пабудованы з палатна, абмазанага глінаю. Сустракаюцца і бляшаныя. Пад такі „камін“ прымайстроўваюць бляху і на ёй паляць смаловыя карчы. Узімку ад гэтага хата закурана, чорная. На лета „камін“ выносіцца зусім з хаты, калі ён бляшаны, палатняны-ж падвешваецца да столі. Вось з чаго складаецца штучнае асьвятленьне хат вёскі Азяраны.

Ваконнае асьвятленьне. Ужо раней зазначалася, што чатырохсьценка „старасьвецкага“ тыпу мае тры вакны і гэтыя вакны малога памеру. Чатырохсьценка большага памеру мае на адно вакно больш, а палепшаныя тыпы хат (пяцісьценка і „дамок“) маюць ад 6 і больш вокан, значна большых памераў.

Я тут пакажу табліцу, у якой адзначаны памеры вокан паводле паасобных тыпаў хат:

№ №	Тып хат	„Старасьвецкі“	Чатыр. бол. пам.	Пяцісьценка	„Дамок“.
1	Лік вакон	3	4	5—6	6 - 8
2	Памер. выраз. у сьцяне на адно вакно . .	0,6×0,5	0,8×0,6	1,1×0,8	1,3×0,9
3	Коэфіцыент асьвятл. .	1 : 26	1 : 23	1 : 14	1 : 10
4	Падвойныя рамы . .	--	50%	75%	85%
5	Створчатыя вокны . .	1—2	2—3	3—4	7 - 8
6	Форткі	—	—	—	ёсьць

Пры вылічваньні коэфіцэнта асьвятленьня я адкідаў рамы і шалёўку, каб атрымаць больш-менш сапраўдную сьветавую плошчу вакон.

Падвойныя вокны маюцца ў паловы, прыблізна, чатырохсьценак, у больш паловы пяцісьценак і ў „дамкох“ каля 85 процантаў; іх ня маюць, як мы бачым, хаты „старасьвецкага“ тыпу.

Створчатыя вокны маюцца ва ўсіх хатах, але ня ўсе. Форткі толькі ў некаторых „дамкох“ яўрэйскага насельніцтва. Прарэзваюцца вокны к сонцу большасьць на ўсход, на поўдзень, на заход і вельмі мала на

поўнач; узімку абараняюцца: ваканіцамі, якія маюцца ў 14 хатах, саломенымі матамі, а то і зусім не абараняюцца.

Печка. У кожнай сялянскай хаце ёсьць вялікая „расійская“ печ памеру 2×2 м. у сярэднім, каля двух мэтраў вышыні. Знаходзіцца яна заўсёды ў тым кутку хаты, дзе няма вокан. Будуецца яна на драўляным фундаманце, падобна на зруб, вышынёю да 0,8 мэтр (да чарану); на гэты зруб кладзецца шэраг цаглін з глінаю (чарэн) і, потым, лепяць усю, даючы розныя парогі і пячуркі. Чарэн і паднябеньне будуюць з цэглы, а рэшту ўсю з гліны. Комін выводзяць у столь, ад столі да страхі ён складаецца з гладышоў (гліняныя трубы заводзк., альбо рам. вырабу) абмазаных глінаю, ад страхі вышэй з адной цэглы. Так будуюцца амаль усе печы ў вёсцы Азяраны. Ніжняя частка печы, зруб,—называецца „падпечкам“ для курэй узімку. Для кожнага селяніна печ служыць ня толькі месцам прыгатаўленыя сабе стравы і жывёле харчы, але ўзімку ён праводзіць шмат часу на ёй—грэецца, сьпіць. У зімні час на ёй сялянка да позьняй ночы выводзіць зрэбную нітку. Акрамя ўсяго, печ служыць для падтрыманьня цяпла, праўда, для захаваньня цяпла ў хаце існуюць другія печкі—„грубы“, якія ёсьць амаль у кожнай хаце. „Грубы“ ня толькі захоўваюць цяпло, але, што галоўнае, трэба заўважыць, яны спрыяюць памяншэньню вільгаці ў тых хатах, дзе яны ёсьць. У хатах, у якіх няма „груб“, значна больш наглядаецца вільгаці. Расход апалу ў год на кожную сялянскую хату, прыблізна, 20 вазоў, каля 2 куб. сажняў. Паляць узімку два разы, раніцаю вялікую, а ўвечары „грубу“. Разглядваць вільгаць у сялянскіх хатах я буду наступную: мокрая падлога (макрата, якая ўвесь час не праходзіць); вокны, якія ўвесь час цякуць; сырасьць столі, верхніх і ніжніх куткоў, ніжняга вянку. Усяе гэтае вільгаці ў хатах мала, а ў некаторых і зусім няма. Ёсьць толькі шмат яе ў тых хатах, дзе няма „груб“. Замарожаныя вокны растаюць патроху і даюць ваду, якая ня можа хутка высахнуць як у хатах з „грубамі“, а сьцякае па сьцяне, упітваецца ёю ў неабтынкованых хатах і падтрымлівае, такім чынам, вялікую вільгаць. Прызбы не адпавядаюць свайму прызначэньню—ніжні вянок у некаторых хатах зацягвае. Ня вельмі шчыльная столь, значны лік ардынарных вокан, кепская абарона іх ад зімовых марозаў—усё гэта спрыяе ўтварэньню і ўтрыманьню вільгаці, але само насельніцтва павяло з ёю барацьбу, будуючы „грубы“. Заселенасьць у сярэднім 5 душ на кожную хату; прасторныя хаты („дамкі“, пяцісьценкі) належаць больш заможным. Самая вялікая сям'я складаецца з 14 душ і жыве ў сярэдняй хаце. Вялікае залюднеласьці, вядома, у параўнаньні з іншымі вёскамі, у хатах няма.

(Працяг будзе).

Далейшае нагляданьне за вынікамі шкарлятынозных прышчэпак.

(З Гомельскай Акруговай Санітарнай Станцыі).
Л. С. Марголін.

Супроцьшкарлятынозныя прышчэпкі ў г. Гомелі пачалі ўжывацца з восені 1923 году і з таго часу было праведзена некалькі кампаній як у горадзе, так і па раёнах (гл. „Беларуская Мэдычная Думка“, № 9 за 1927 г.). У гэтым артыкуле я хачу застанавіцца на выніках супроцьшкарлятынознай вакцынацыі, праведзенай у асеньнія месяцы 1927 г., і прывесьці тыя заўважаньні, якія накапіліся ў нас за час ужываньня прышчэпак.

Прышчэпкі пачаліся 1 кастрычніка 1927 г. у той момант, калі эпідэмія шкарлятыны ўжо ахапіла горад і некаторыя залюднёныя пункты акругі.

Па г. Гомелю прышчэпкі рабіліся 2 атрадамі арганізаваным дзецям; для рэшты насельніцтва быў арганізаваны прышчэпны пункт пры сан. станцыі. Па Рэчыцы і Навабеліцы прышчэпкі рабіліся санітарнымі дактарамі.

У школах і дзіцячых установах прышчэпкі рабіліся дзецям у ўзросьце не старэй 14 год, неарганізаванае дзіцячае насельніцтва прышчаплялася, галоўным чынам, з раёнаў, дзе зарэгістравана было найбольшая колькасьць захворваньняў, а таксама з асяродкаў пошасьці.

Усяго па г. Гомелю ў пэрыяд з 1 кастрычніка па 10 сьнежня было вакцыніравана 4488 дзяцей, а па раёнах акругі—2490 дзяцей.

Разьмеркаваньне прышчэпленых па ўзросту ў г. Гомелі:

УЗРОСТ	Лік прышчэпак.			
	1	2	3	Усяго
1—4 г.	115	63	279	457
5—9 г.	269	331	1300	1900
10—14 г.	211	431	1433	2075
15 г. і выш. . . .	8	20	28	56
Усяго . . .	603	845	3040	4488

У сувязі з аднадумнымі паказаньнямі ў літаратуры аб тым, што колькасьць уваддзімай вакцыны адыгрывае надзвычайна важную ролю ў набыцьці імунітэту, мы лічым, што далейшае нагляданьне за вынікамі вакцынацыі адно-і двукроць прышчэпленых, як ня скончыўшых прышчэпак, нічога каштоўнага даць ня можа, і дзеля гэтага на вучот для нагляданьня былі ўзяты толькі трохкратна прышчэпленыя.

Імунізацыя праводзілася вакцынай Беларускага Мікрабіолёгічнага Інстытуту, у 1 кс. якой ёсьць 1.000.000.000 бактэрый і 2.000 окурных доз таксіну.

Рэакцыя пасьля прышчэпак: у сувязі з цэлым шэрагам прычын (адсутнасьць у большасьці дзяцей у хаце тэрмомэтраў, непрадстаўленьне ведаў аб тых, якія скончылі прышчэпкі) дасканалы вучот наступіўшых пасьля прышчэпак рэакцый вельмі трудны.

Лёкальная рэакцыя выяўлялася ў пачырваненьні рознай інтэнсыўнасьці, хваравітасьці на месцы ўкола, часам у прыпухласьці. Гэтая рэакцыя мела месца прыблізна пасьля аднэй трэці ўсіх прышчэпак, пры чым трэба заўважыць, што, як і ў ранейшыя кампаніі, больш значны процант лёкальнай рэакцыі адносіцца да першых прышчэпак,

Агульная сярэдняя рэакцыя (падвышэньне тэмпэратуры да 38 град. агульнае недамаганьне на працягу ня больш 2 сутак) наглядалася прыблізна ў 8% усіх прышчэпаў (зарэгістравана 722 агульн. рэакцый), прычым неабходна адзначыць, што ў узросьце ад 10 да 14 год найбольшая колькасьць рэакцый. Рэзкіх рэакцый зарэгістравана 13 выпадкаў (тэмпэратура да 39 гр., шкарлятынападобная высыпка, ангіна). Што датычыцца гэтых выпадкаў, дык часта іх трудна адрозьніць ад запраўднай шкарлятыны, асабліва ў разгары эпідэміі. Для адрозьненьня мы кіраваліся адзінай прыметай: зьяўленьне ангіны і шкарлятынознай высыпкі на працягу першых 2 сутак пасьля прышчэпкі. Пры даных абставінах, да моманту высьвятленьня, неабходна быць вельмі асьцярожным у сэнсе захаваньня ўсіх прафіляктычных мер: у 2 выпадках, якія былі прыняты намі ў пачатку за шкарлятыноіды, аказалася шкарлятына. Асабліва характэрны наступны выпадак: у дзяўчынкі 6 год праз 12 гадзін пасьля другой прышчэпкі зьявілася ангіна, высыпка, тэмпэратуры 38,5; высыпка праз 36 гадз. спадае, тэмпэратура трымаецца 12 дзён; праз 2 тыдні ў мачы бялок, цыліндры, праз 5 тыдняў лушчэньне,

Ускладненьні пасьля прышчэпак: 1. У хлопчыка 9 гадоў праз 10 гадзін пасьля першай прышчэпкі тэмпэратура 39, раніцой крывавая мача. Праз 2 дні ўсе зьявішчы прайшлі.

2. У хлопчыка 7 гадоў праз 18 гадзін пасьля першай прышчэпкі ваніты, высыпка; рэзкае павялічэньне бронхіальнай залозы (завастрэньне працэсу, які наглядаўся на працягу 6-ці тыдняў да прышчэпкі).

3. У дзяўчынкі 11 гадоў (дачка доктара) на другі дзень пасьля другой прышчэпкі тэмпэратура 40 гр., *багатая* высыпка. Ангіны няма. На 10 дзень крывавая мача, бялка 0,6, цыліндры. Усе зьявішчы праходзяць праз 3 тыдні. Дыягназ—нэфрыт.

Дзяўчынка за 2 месяцы да прышчэпак хварэла цысцытам.

4. У 3 дзяцей пасьля прышчэпак (у двух выпадках пасьля першай, у адным — пасьля трэцяй) зьявіліся харэабразныя падзёргваньні, якія цягнуліся некалькі дзён.

Ніводнага выпадку абсцэсу не наглядалася.

Пад час прышчэпак на прышчэпачным пункце, а часам і ў школах, наглядаліся выпадкі абамленьня ў дзяцей пасьля прышчэпак і перад імі.

Трэба адзначыць, што былі выпадкі, калі прыпісвалі да ўскладненьняў пасьля прышчэпак захворваньні выпадковыя, якія да прышчэпак ніякіх адносін ня мелі. Так, прыкладам, было з дзяўчынай (Паўловіч, 16 г.), у якой праз 2 тыдні пасьля 3-й прышчэпкі зьявіўся ацёк гартані, хварэла 7 дзён і загінула ад сэпсысу.

Захворваемасьць пасьля прышчэпак. Як было сказана вышэй, нагляданьню падлягаюць толькі трохкратна прышчэпленыя дзеці, на якіх у нас меліся картачкі аб прышчэпцы. Нагляданьне пачалося 1 студзеня 1928 г., праз 3 тыдні пасьля сканчэньня прышчэпнай кампаніі, і ахапляе сабой пэрыяд часу да 1 кастрычніка 1928 г.

Да 1 студзеня 1928 г. захворваньняў сярод прышчэпленых ня было.
За паказаны пэрыяд часу па гораду ўсяго захварэла 354, з іх 346 да 14 год; сярод прышчэпленых—11 дзяцей.

Захворваемасьць прышчэпленых па ўзросту:

Узрост	Колькасьць дзяцей	Колькі прышчэплена	Колькасьць нявпрышч.	Захварэла шкарлятынай	З і х:			
					Прышч.		Няпрышч.	
					Абс.	$^0/_0$	Абс.	$^0/_0$
1—4 . . .	11063	279	10784	174	1	3,5	173	16
5—9 . . .	7031	1300	5731	153	7	5,3	146	25,4
10—14 . .	7943	1433	6510	19	3	2	17	2

Для ацэнкі ўплыву вакцынацыі неабходна спыніцца каротка на характары эпідэміі, якая была ў гор. Гомелі пад час прышчэпнай кампаніі.

Рух эпідэміі па месяцох:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
27 г.	24	20	10	2	16	8	20	9	58	100	106	76
28 г.	54	33	31	39	15	21	33	65	68	—	—	—

З табліцы відаць, што самымі паражонымі месяцамі былі кастрычнік і лістапад, г. з. час разгару прышчэпак. Агульная захворваемасьць (з 1 кастрычніка 1927 г. па 1 кастрычніка 1928 г. (—7,5 на 1000 насельніцтва; сьмяротнасьць—0,65 на 1000. Захворваемасьць-жа дзяцей у ўзросьце да 14 год роўна 24,7 на 1000, а сьмяротнасьць 1,6. З гэтых даных відаць, што эпідэмія па інтэнсыўнасьці была сярэдняй.

Захворваньні былі раскіданы па ўсяму гораду.

Хоць пачынаючы ад часу, які ўпадаў са сканчэньнем вакцынацыі, шкарлятына паступова падае, аднак аднесьці гэта за кошт прышчэпак рызыкоўна, дзеля таго што звычайна гэткім чынам адбываецца натуральнае сэзоннае зьніжэньне крывой шкарлятыны. Наогул, правядзеньне шкарлятынозных прышчэпак у месяцы найбольшага натуральнага ўздыму шкарлятыны мы лічым найбольш слабым момантам усіх правадзімых вопытаў, які выключае магчымасьць улічваць уплыў прышчэпак на зьніжэньне шкарлятыны ўсьлед за кампаніяй. На жаль, тэхнічныя перашкоды (вакацыі) не даюць магчымасьці праводзіць прышчэпкі ў масавым маштабе сярод арганізаваных груп дзяцей тады, калі гэта найбольш мэтазгодна.

Паказаныя агаворкі таксама адносяцца і да наступнай табліцы, якая характарызуе ўплыў праробленых з 1923 г. прышчэпачных кампаній на рух шкарлятыны па гадох:

Г о д ы									
1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	(9 мес.)
432	223	167	359	204	455	206	455	359	—

Падкрэсьлены годы, якія сьлед. за прышчэпнымі кампаніямі.

Асаблівасьцю сучаснай эпідэміі зьяўляецца надзвычайна малы процант захворваемасьці сярод дзяцей школьнага ўзросту: у 8—9 год усяго захварэла 21 чал. (6,1%), ад 10—14 г.—19 чал. (5,3%).

Школьнікаў захварэла ўсяго толькі 6 чал. Тут мімаволі напрашваецца тлумачэньне гэткага зьявішча ўплывам вакцынацыі: сярод школьнікаў вельмі значная, у параўнаньні з іншымі групамі дзяцей, праслойка імунізаваных.

Безварункова, сацыяльныя ўмовы і, асабліва, эпідэміолёгічныя ўмовы хатняга і школьнага быту сярод прышчэпленых адыгрываюць вельмі важную ролю пры ацэнцы вынікаў вакцынацыі.

Трэба сказаць, што ў сучасны момант у г. Гомелі амаль няма гэткіх груп насельніцтва (за выключэньнем часткі беспрацоўных і дэклясаванага элемэнту), якія-б у сэнсе жыльлёвых умоў адрозьніваліся адна ад аднэй. За самым нязначным выключэньнем усе кватэры пералюднены, і калі ў некаторых з іх сярод дзяцей кантакту менш, дык гэтага можна і ня прыймаць пад увагу, калі ўспомніць школу, па-зашкольныя зносіны, групавую падрыхтоўку ўрокаў і г. д. Памяшканьні школ у санітарным сэнсе нездавальняючыя: яны цесныя, ва ўсіх адбываюцца заняткі ў 3 зьмены і т. д., урэшце, у сучасны момант, у сувязі з масавай перагрупоўкай вучняў (разьмяшчэньне вучняў замест прынцыпу „прафсаюзнага“ па прынцыпу „нацыянальнаму“), розьніца ў школьнай абстаноўцы зусім згладжваецца. Іншымі словамі, эпідэміолёгічныя ўмовы хатняга і школьнага быту ў прышчэпленых і няпрышчэпленых амаль аднолькавыя.

Тэрмін наступленьня захворваньня пасьля прышчэпак — ад 2-х тыдняў да 9 месяцаў; прычым у двох выпадках праз 2 тыдні, у адным праз месяц, у двох праз паўтары, у вадным праз два, у двох праз два з паловай, у двох праз 8 месяцаў і ў вадным праз 9 месяцаў.

Надзвычайна важнае пытаньне аб працягласьці імунітэту да гэтага часу з дакладнасьцю не даведзена ніводным аўтарам. Праф. Коршун лічыць, што імунітэт трымаецца ня менш 12 месяцаў. Праф. Златагораў — 9 месяцаў, праф. Беланоўскі — 6 месяцаў. Нічога аб гэтым нельга сказаць таксама і па нашаму матар'ялу. Для высьвятленьня гэтага пытаньня неабходна арганізаваць правільнае нагляданьне на працягу большага пэрыяду часу. Калі артыкул быў здадзен у набор, у № 12 у часопісу „Гигиена и эпидемиология“ зьмешчана праца праф. Коршуна і Сыйрышай, дзе на вялікім матар'яле прасочан тэрмін дзейнічаньня вакцынацыі—2 гады.

Усе выпадкі захворваньня прышчэпленых, якія знаходзіліся пад асобным нагляданьнем доктара-эпідэміолёга Н. А. Малева, за выключэньнем аднаго (Браслаўскай, 3 г.), праходзілі лёгка: тэмпэратура трымалася ня больш 2-3 дзён, высыпка—такі-ж прыблізна тэрмін. Ангіна праходзіла лёгка, ускладаньняў ня было (трэба адзначыць, што пад час апісваемай эпідэміі, наогул, ускладненьняў было мала). Праходзіў цяжка і скончыўся летальна адзін выпадак у памянёнай дзяўчынкі Браслаўскай: захварэла праз паўтары месяцы пасьля трэцяй прышчэпкі; хворая знаходзілася ў заразнай больніцы. Гісторыя яе хваробы: ангіна, абільная высыпка, шэйныя залозы павялічаны, цеч з абодвых вушэй; на 6 дзень хваробы ўспрыснута 100,0 антытаксычнай сыраваткі, поўная анафілаксыя; становішча ўвесь час застаецца тяжкім, памерла на 28 дзень пасьля захварэньня.

Падагульваючы гэтую працу, можна адзначыць, што, прыняўшы пад увагу агаворкі, якія былі зроблены ў адпаведных мясцох, захворваемасьць сярод прышчэпленых паменшылася ва ўзросьце ад 1 году

да 4 год у 4,5 разы, ад 5 да 9 гадоў—4,7 разоў; што датычыцца групы ад 10 да 14 год, дык хоць захворваемасьць у вакцынаваных не паменшылася, аднак надзвычайна нізкая агульная захворваемасьць у гэтай групы дзяцей можа часткова тлумачыцца ўплывам вакцынацыі + утварэньне значнай праслойкі няўспрымальных да шкарлятыны дзяцей гэтага ўзросту. Вакцынацыя палягчыла цячэньне шкарлятыны ў захварэўшых. Шэраг нагляданьняў за прышчэпкамі ў асяродках пошасьці, як у час правядзеньня гэтай кампаніі, так і мінулым, а таксама спрыяючыя водзывы вучастковых дактароў аб выніках ужываньня прышчэпак у паражоных сельскіх мясцовасьцях даюць падставу ўжываць іх у гэтых выпадках.

У сувязі з нагляданымі, хоць і ў рэдкіх выпадках, ускладненьнямі пасьля прышчэпак, неабходна праводзіць папярэдні ўважлівы мэдычны агляд, зварочваючы асаблівую ўвагу і ня робячы прышчэпак такім дзецям, у якіх хоць-бы ў адлеглым анамнезе маюцца паказаньні на захворваньне почак.

Вынікі санітарнага абсьледваньня домаўладаньняў у г. Гомелі пры ўдзеле актыву Гарсавету.

Д. С. Віткін.

Абсьледваньне было распачата ў маі м-цы 1928 г., калі горад ужо пасьпеў пасьля вясеньняй гразі абсушыцца і пачысьціцца. Сандоглядам была распрацована адпаведная анкета, запаўненьне якой павінна было даць вызначанае ўяўленьне аб санітарным становішчы кожнага абсьледваемага двара. Меркавалася ахапіць абсьледваньнем увесь горад у першую чаргу, а потым так званы Залінейны раён. Горад быў падзелены на 40 прыблізна аднолькавых вучасткаў; кожны вучастак даручаўся камісіі з 2-х сяброў Гарсавету, якія ў тыднёвы тэрмін павінны былі скончыць абсьледваньне. Гарсавет для гэтай мэты выдзеліў у парадку грамадзкай працы 80 сваіх сяброў з сэкцыі аховы здароўя і камунальнай. Камісіі атрымалі на Санітарнай Станцыі анкеты, інструкцыі і адпаведныя ўпаўнаважаньні. Аднак, за працу ўзялося толькі чалавек 50 і праводзілі яе на працягу некалькіх тыдняў. З гэтае прычыны была абсьледвана толькі частка гораду, дый то са значным спазьненьнем.

Абсьледваньне датычыцца, галоўным чынам, цэнтральнай часткі гораду і заселенага рабочымі і беднатой раёну пад назвай „Роў“.

Па колькасьці абсьледваных двароў ахоплена ўсяго каля 28% усіх домаўладаньняў (усяго ў горадзе разам з Залінейным раёнам лічыцца каля 5.000 домаўладаньняў).

Абсьледвана ўсяго 38 вуліц і 17 завулкаў і тупікоў.

Двароў абсьледвана ўсяго 1.416, з іх прыватна-ўласьніцкіх—1.238, камунальных—113 і жактаўскіх—65.

У здавальняючым санітарным становішчы знаходзіцца 971 двор. У нездавальняючым (брудныя, няпрыбіраныя, з няспраўным санбудаваньнем)—445. У процантах да агульнага ліку абсьледваных двароў маем—68% першых (здавальняючых) і 32% другіх (антысанітарных).

Што датычыцца дваровых санбудынкаў, дык малюнак абсьледваньня наступны: спраўныя прыбіральні маюць 929 двароў, г. зн. каля 66% усіх абсьледваных, спраўныя памыйнікі—785 двароў, г. зн. каля 55%, спраўныя сьметнікі (сьмяцьцёвыя яшчыкі)—743 двары, г. зн. 52% усіх абсьледваных двароў. Пад спраўнымі санбудынкамі разумеюцца: прыбіральня чыстая са спраўнымі седаламі, добра зачыняючайся дзьверкай, шчыльна-зачыняючымся выграбным люкам; сьметнік ізаляваны пры дапамозе краты і шчыльнай покрыўкай (векай) над кратай; сьметнік шчыльна зьбіты, са шчыльна зачыняючайся векай.

Нездавальняючыя ў санітарных адносінах санбудынкі маюць: прыбіральні ў 394 двароў—28% агульнага ліку, памыйнікі ў 374 дварох—26% і сьметнікі ў 422 дварох—29% агульнага ліку.

Зусім адсутнічаюць: прыбіральні ў 93 дварох—6%, памыйнікі ў 257 дварох—19% і сьметнікі ў 251 двары—19% агульнага ліку абсьледваных.

Поўнае адсутнічаньне санбудынкаў ці няпоўны іх камплект наглядаецца ў большасьці ў раёне гораду пад назвай „Роў“ (рабочыя завулкі ў цэнтральнай частцы гораду). Тут скупчэньне, зграмаджэньне будынкаў максымальнае; пры дамох ці зусім няма двароў, ці плошча двара малая, так што тэхнічна няма магчымасьці пабудаваць санбудынкаў. Прыбіральня там існуе камунальная, адна для агульнага карыстаньня „Рву“, а сьмяцьцё выкідваецца абы куды: па кутках і закавулках.

Ступень забрукаваньня гораду выражаецца ў наступных лічбах: забрукована двароў як поўнасьцю, таксама і часткова ўсяго 121, г. зн. каля 9%, а рэшта 91%—1.095 двароў не забрукаваны. Што датычыцца вуліц, дык з абсьледваных 38 вуліц толькі 24 забрукаваны, а рэшта 14 вуліц і 17 завулкаў не забрукаваны. Да гэтага трэба дадаць, што забрукаваньне вуліц праведзена не ва ўсю шырыню іх—бакі не забрукаваны.

Зьвесткі аб зялёных насаджэньнях у горадзе больш-менш здавальняючыя. Пад зялёнымі насаджэньнямі рэгіструюцца сады і розныя дэкаратыўныя расьліны па дварох. Зялёных насаджэньняў адзначана ў 639 дварох, г. зн. 49% усіх абсьледваных двароў.

У дасьледчых анкетах ёсьць артыкул: як утрымоўваюцца агульныя сені і кухні. Апошнія ў ЖАКТ'ах, камунальных і многакватэрных прыватных дамох зьяўляюцца як-бы бяспрытульнымі, і саннадзору ня мала прыходзіцца ваяваць, каб дабіцца адпаведнай увагі да іх з боку жыхароў (рабіць сыстэматычнае іх прыбіраньне ці ў парадку чаргі, ці спэцыяльнымі прыбіральшчыкамі). Абсьледваньне дало наступныя лічбы: 341 кухня і сені ўтрымоўваюцца здавальняюча і 79 антысанітарна, г. зн. з агульнага ліку абсьледваных сеняй і кухняў 81% іх утрымоўваецца ў здавальняючым санітарным становішчы і 19% у нездавальняючым. Увесь абсьледваны раён, за выключэньнем 2-х невялікіх вуліц, абслугоўваецца вадаправоднай сеткай. З гэтае прычыны, лічба двароў, якія карыстаюцціа калодзежамі 123, не паказальна. Яна датычыцца гэтых 2-х вуліц паасобных двароў, якія маюць свае калодзежы на вуліцах, дзе ў мінулым годзе пракладзена была вадаправодная магістраль. Што датычыцца абслугоўваньня насельніцтва вадаправоднай сеткай, дык зьвесткі гэткія: 573 двары (каля 40% усіх абсьледваных) маюць вадапр аводныя кранты ў дамох і дварох, а 720 двароў (51%) карыстаюцца вадаразборнымі будкамі.

Апошнія маюцца як на галоўных вуліцах, таксама і на бакавых, дзе ў мінулым годзе пракладвалася магістраль.

Камісіі па абсьледваньню двароў мелі ўпаўнаважаньне прад'яўляць дамаўласьнікам ці іншым асобам, якія адказваюць за санітарнае становішча двароў, санітарныя вымаганьні для выкананьня ў вызначаны камісіяй тэрмін. Агулам было прад'яўлена 562 патрабаваньні (38%) на перабудову санбудынкаў, згодна існуючых санітарных правіл, і 404 патрабаваньні (28%) на асэнізацыйную ачыстку санбудынкаў. У задачу камісіі ўваходзіла таксама і праверка выкананьня прад'яўленых імі патрабаваньняў. Праверка была праведзена ня ўсімі дасьледчымі камісіямі. З 344 прад'яўленых да выкананьня патрабаваньняў толькі 210 былі выкананы ў тэрмін, г. зн. 61% агульнага ліку правераных патрабаваньняў, а 39% (144 патраб.) засталіся нявыкананымі.

Вывады:

1. Нават у цэнтральнай часьці гораду 32% двароў (г. зн. каля 1,3% агульнага ліку іх) знаходзяцца ў нездавальняючым санітарным становішчы, г. зн. яны забруджаны, забалочаны з-за няправільнага сьцёку

вадаадліваў, маюць неадпаведныя (напоўзруйнаваныя, непакрытыя) санбудынкі, якія несваечасова ачышчаюцца; 19% двароў зусім ня маюць ні памыйнікаў, ні сьметнікаў.

2. Асэнізацыйная ачыстка гораду недастатковая. Нават у цэнтральнай часьці 28% двароў патрабуюць ачысткі, г. зн. там перапоўненыя выграбныя яміны (сьметнікі і памыйнікі). Частковай прычынай забруднёнасьці зьяўляецца недастатковасьць гарадзкога асэнізацыйнага абозу.

3. Забрукаваньне гораду вельмі недастаткова. Усяго толькі 9% двароў у цэнтральнай часьці гораду забрукавана і то ня поўнасьцю. З 38-мі вуліц абсьледваных—14 не забрукаваны; таксама не забрукаваны і ўсе завулкі. Забрукаваньне рэшты вуліц у санітарных адносінах неправідловае. Вельмі недастатковае забрукаваньне — адна з прычын нездавальняючага санітарнага становішча двароў і вуліц, забруднёнасьці і запыленасьці гораду ў адпаведныя пэрыяды году.

4. Вадазабясьпека цэнтральнай часьці гораду здавальняючая ў якасных адносінах, але нездавальняючая—у колькасных. 51% двароў ня маюць у сябе вадаправодных крантаў. Яны карыстаюцца вадаразборнымі будкамі, што абмяжоўвае колькасьць вады, якой можа карыстацца насельніцтва (водпуск вады толькі ў азначаны час дакладна вылічанае колькасьці вёдраў), а абмежаваньне спажываньня вады адбіваецца на санітарным становішчы кватэр і быту.

5. У цэнтральнай часьці гораду 49% двароў маюць зялёныя насаджэньні, галоўным чынам сады. Ускраіны гораду яшчэ больш багаты на зелень. Гэта—адзінае прыемнае зьявішча ў горадзе, якое часткова нэйтралізуе шкоду ад яго антысанітарнага становішча.

6. Абсьледваньне гораду, апрача выяўленьня санітарнага становішча, дало і непасрэдныя вынікі,—больш за 60% прад'яўленых камісіямі патрабаваньняў выкананы і, значыцца, горад трохі абчысьціўся, палепшыўся ў санітарным сэнсе. Вялікае значэньне зробленага абсьледваньня заключаецца і ў тым, што яно (як папярэднія два) уцягнула вялікую колькасьць актывістых—сяброў Гарсавету ў гэтую працу, азнаёміла іх з санітарным становішчам гораду, выклікала зацікаўленасьць да пытаньняў санітарнага становішча гораду, што зьяўляецца вельмі пажаданым для посьпеху тых мерапрыемстваў, якія праводзяцца санітарна-эпідэміялёгічнай арганізацыяй.

З практыкі Калінінскага сухотнага сельскага дыспансэру (с. Брацькавічы, Магілеўскай акругі).

І. Е. Новаш.

Ня зьбіраючыся на гэтых старонках журналу даць падрабязную справаздачу аб працы дыспансэру, хочацца некалькі слоў сказаць аб дыспансэрызацыі сухотных хворых, бо вынікі гэтай дыспансэрызацыі, як нам здаецца, даволі важныя. Калінінскі сухотны сельскі дыспансэр знаходзіцца ў с. Брацькавічах, Магілеўскай акругі,—у тэй частцы апошняй, якая перш складала Калінінскую акругу. Па думцы тварца дыспансэру, апошні павінен быў абслугоўваць акругу па розных відах тубэркулёза. З гэтай мэтай і быў зацьверджаны належны штат дыспансэру, якім між іншым прадугледжаны 4 сястры-абсьледавацельніцы і мэдычныя. Адбудованы на мейсцы былога Брацькавіцкага доктарскага пункту, дыспансэр у 1925 годзе распачаў сваю працу па дыспансэрызацыі хворых. Аднак мяйсцовыя ўмовы не дазволілі яму шырока разьвярнуць працу іменна, як сухотнага дыспансэру. Сяло Брацькавічы знаходзіцца ў адным з найбольш глухіх мясцовасьцяй Беларусі. Да бліжэйшай чыгуначнай станцыі 20 вёрст, бліжэйшая раённая больніца ў 18 вярстах. Дзякуючы ўсяму гэтаму, сухотны дыспансэр мусіў прыняць пад сваю апеку ўсіх хворых з бліжэйшых мясцовасьцяй, прыкладна радыусам у 10—12 вёрст. Хворыя з больш адлеглых пунктаў наяжджалі рэдка. З гэтае-ж прычыны і сухотныя хворыя былі толькі з бліжэйшых да сяла Брацькавічы вёсак. Аб гэтых апошніх хворых і хочацца сказаць некалькі слоў.

З 1-га кастрычніка 1927 году да 15 жніўня 1928 году (за 10 з паловай месяцаў) праз амбуляторыю дыспансэру прайшло 13.500 хворых, з іх 6.447 першаразовых і 7.053 паўторных. Хворых па розных відах тубэркулёзу на вучоце дыспансэру да 15 жніўня было 98 чалавек. Рэшту складаюць звычайныя хворыя па розных відах захварэньняў, якія наведваюцца ў кожную раённую больніцу. Значны % з іх прыпадае на трахомных хворых — былая Калінская акруга, як вядома, займала першае мейсца ў Беларусі па распаўсюджаньню трахомы.

У залежнасьці ад узросту сухотныя хворыя разьмяркоўваюцца так:

Узрост па гадох	Да 5-ці гадоў	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50	50—55	55—60	60 і вышэй
Лік хворых	2	2	10	23	15	13	11	10	7	3	2	—	—

Усіх хворых 98, дзякуючы чаму прыведзеныя лічбы можна лічыць і паказчыкамі процантнага распадзелу хворых з акругленьнем у цэлых процантах.

Хоць і невялікія лічбы, але, як нам здаецца, вельмі паказальныя. Мы бачым, што % тубэркулёзных хворых і ў сялян (паказаныя хворыя выключна сяляне) мае сувязь з узростам. Ён шпарка расьце, пачынаючы з 5-ці гадоў і дасягае свайго кульмінацыйнага пункту ва ўзросьце 15—20 гадоў. Пасьля 20-ці гадоў % сухотных хворых паступова памяншаецца.

Большая частка з паказаных 98 хворых—лёгачныя хворыя. Хворых на другія віды тубэркулёзу—тубэкрулёз касьцей, лімфатычных залоз—паміж імі 18.

Па формах туберкулёзу хворыя разьмяркоўваюцца так:

	Туберкулёз лёгкіх									Іншыя віды туберкулёзу	
Форма	A I	A II	A III	B I	B II	B III	C I	C II	C III	Тубэрк. касьцей	Тубэрк. лімф. зал.
Лік хворых	40	6	1	2	21	7	—	1	2	15	3

Характэрны і гэтыя лічбы. Тая акалічнасьць, што па форме A I маецца найбольшы процант знаходзячыхся на вучоце дыспансэра хворых, сьведчыць аб тым, што ідэі санітарыі і прафіляктыкі паглыбіліся ў сялянскай гушчы. На прыйме ў амбуляторыі часта наглядаюцца такія малюнкі. Уходзіць у прыймовы пакой гаспадар сям'і, за ім жонка і дзеці, з іх адно хворае. Абгледзіш і выслухаеш хворага, дасі параду. „А цяпер, доктар, паслухайце мяне і жонку"—кажа гаспадар сям'і,— „ці няма чаго ў лёгкіх; паслухайце і другіх дзяцей".

Што датычыцца проценту тубэркулёзных хворых у адносінах да агульнай лічбы насельніцтва, дык мы не распалагаем дасканалымі ведамі. Гэты процант можа быць адзначаны толькі ў адносінах да сялянства Брацькавіцкага сельсавету. Зробленыя вылічэньні і тут характэрны.

Назвы вёскі	Агульны лік насельніцтва	Лік тубэркулёзных хворых	% у адносінах да агульнага ліку насельн.
С. Брацькавічы з аколіцамі . .	721	17	2,35
Вёска Блудзімая	167	3	1,70
Аколіца Блудзімая . . .	156	4	2,56
Вёска Дубравіца	394	5	1,27
Хутары Чытавых. . . .	100	3	3,00
Пасёлак Ермакоўка . . .	111	—	—
Вёска Калодзецкая . . .	1197	16	1,33
Вёска Скалін . . .	341	9	2,64
Вёска Хамінка . . .	75	—	—
Разам . .	3262	57	1,74

Як відаць з прыведзеных лічбаў, % тубэркулёзных хворых у адносінах да агульнай лічбы насельніцтва Брацькавіцкага сельсавету вялікі—1,74%, і мае цесную сувязь з матэрыяльным становішчам жыхароў. Беднякі хутароў „Чытавых“, якія, як кажуць, „жывуць толькі з тапара“, даюць і найбольшы % хворых. У Дубравіцы сялянства трохі багацей, там і хворых менш.

Мы ня маем магчымасьці больш падрабязна аналізаваць прыведзеныя лічбы, да таго-ж для вывадаў, якія выплываюць з іх, гэта і не патрэбна. А вывады гэтыя наступныя:

1. Тубэркулёз у сялянскім жыхарстве зьвіў сабе моцнае гняздо. Патрэбны рашучыя меры, каб гэта гняздо раскідаць. Працу аб гэтым павінны ўзяць на сябе ўсе дактарскія пункты і раённыя больніцы. Дзеля гэтага штат іх павінен быць адпаведна пашыраны. Гэта будзе менш каштаваць дзяржаве, чым утрыманьне спэцыяльных дыспансэраў, і справа барацьбы з тубэркулёзам ад гэтага выйграе.

2. Павінен быць пашыраны доступ сялянства да дыспансэраў у акруговых гарадох і да санаторый.

3. Тая акалічнасьць, што большасьць тубэркулёзу прыпадае на ўзрост 15—20 гадоў, патрабуе ў адносінах да сялянства гэтага ўзросту прыняцьця неадкладных мер дыспансэрызацыі. Доктарскія пункты павінны зрабіць пагалоўнае абсьледваньне сялян ва ўзросьце 15—20 гадоў, узяць хворых на вучот і сачыць за імі.

4. І самае галоўнае—трэба ўкараняць у сялянскія гушчы санітарна-гігіенічныя веды і навыкі, без якіх ні больніцам, ні санаторыям з дыспансэрамі нельга аздаровіць вёску.

Некалькі маленькіх, але радасных лічбаў

(Да вынікаў патранату па БССР).

М. І. Граеўская.

Скучанасьць у дамох дзіцяці, умовы шпіталізму, якія прыводзяць да значнага % захворваемасьці і сьмяротнасьці ў дамох дзіцяці, высунулі пытаньне аб паступовай разгрузцы дамоў шляхам правядзеньня патранату,—г. ё. аддачы дзяцей ў дамы рабочых і сялян на выхаваньне.

Патранат у БССР праводзіцца з 1927 году. Дзіцянё аддаецца на выхаваньне пры здавальняючых матар'яльных і жыльлёвых умовах, пасьля агляду бацькоў у туб. і вэн. дыспансэрах. Прыймовая матка павінна акуратна наведваць кансультацыю. Да патранаваных дзяцей прымацованы дэлегаткі з Гарсавету, з Саветаў Сацыяльнай Дапамогі пры кансультацыях, для нагляду за правільным іх выхаваньнем.

Якія-ж вынікі даў патранат па БССР?

На патранаце знаходзіцца ў сучасны момант 185 дзяцей, што складае 17% усіх дзяцей, якія прайшлі за апошні год па Дамох Дзіцяці. 40% патранаваных дзяцей знаходзіцца ў раённых цэнтрах, дзе маюцца кансультацыі, якія ажыцьцяўляюць нагляд за дзецьмі.

Плата за выхаваньне складае ў месяц 15—20 руб., акрамя гэтага даецца адначасова абмундыраваньне дзецям.

Цікавыя лічбы сацыяльнага складу прыймовых бацькоў. Большасьць—гэта рабочыя і сяляне. Так, па БССР—рабочых і служачых—прыймовых бацькоў—52%, сялян—39%, іншых—9%. Маюць перавагу рабочыя асабліва па Менску (54%), па Гомелю (46%); большасьць сялян па Віцебску (66%). Сярод прыймовых бацькоў—40% бязьдзетных. У практыцы правядзеньня патранату наглядаецца шмат выпадкаў усынаўленьня. Так, за год усыноўлена 14% усіх дзяцей. Па асобных акругах усынаўленьне складае цікавыя лічбы: Гомель—55%, Ворша—33%.

Галоўнае пытаньне, якое цікавіць нас, гэта—як адбіваецца патранат на аздараўленьні дзяцей. Лічбы даюць яскравы адказ. У той час, калі сьмяротнасьць сярод дзяцей у Дамох Дзіцяці складае 23% за апошні год,—сьмяротнасьць сярод патранаваных дзяцей складае 5%. Палепшылася таксама фізычнае становішча дзяцей.

Правядзеньне патранату таксама адбіваецца на становішчы дзяцей, якія застаюцца ў Дамох Дзіцяці; паляпшаецца догляд, зьмяншаецца скучанасьць, што дае зьніжэньне % сьмяротнасьці і ў Дамох Дзіцяці.

Патранат, ня гледзячы на кароткі тэрмін яго правядзеньня, даў магчымасьць зачыніць шэраг Дамоў, або рэарганізаваць іх у яслі. Так, зачынен Дом Дзіцяці ў Слуцку, зачыняецца Дом Дзіцяці ў Віцебску, у Барысаве Дом Дзіцяці рэарганізаваны ў яслі.

Але ёсьць яшчэ шэраг недахопаў у правядзеньні патранату. Ёсьць шмат дзяцей звыш 2-х гадоў, у той час, калі найбольш пагражаемы ўзрост гэта да $1^1/_2$ году. Ёсьць выпадкі, калі дзеці аддаюцца ў вёскі, якія знаходзяцца ў вялікай адлегласьці ад райкансультацый, не ва ўсіх гарадох да дзяцей прымацаваны дэлегаткі для ажыцьцяўленьня грамадзкага нагляду і інш. Тым ня менш першыя вынікі патранату даюць радасны малюнак.

У справе аздараўленьня дзяцей вялікі ўдзел прынялі нашы жанчыны-грамадчыцы. Справу патраната трэба пашырыць. Энэргія працоўных мас павінна быць уложана і ў гэты куток нашай агульнай вялікай працы.

На справу патранату павінны зьвярнуць увагу і мэдпрацаўнікі ў сэнсе нагляду за правільным выхаваньнем дзяцей.

ТЭОРЫТЫЧНАЯ І КЛІНІЧНАЯ МЭДЫЦЫНА.

Праблема ротавага сэпсісу.

Дацэнт Я. М. Старабінскі.

Одонтолёгічны Інстытут НКАЗ і Катэдра Стоматолёгіі БДУ.

За апошнія два дзесяцігодзьдзі ў мэдыцынскай, асабліва ў амэрыканскай і ангельскай літаратуры сустракаецца нязвычайна часта выраз: „фокальная інфэкцыя“, „ротавы сэпсіс“, „оральная токсэмія“ і інш. сынонімы, якія выражаюць больш або менш дасканала тыя-ж самыя клінічныя зьявішчы.

Habent sua fata libelli!

Гэтую прыказку я дазволю сабе перафразаваць у стасунку да лекцыі ангельскага тэрапэўта Hunter'а, якую ён прачытаў у 1910 годзе пры адчыненьні зімняга сэмэстру мэдыцынскага факультэту ў Монтрэале (Канада). Дзесяць год, прысьведчаныя Hunter'ам вывучэньню сутнасьці анэміі, упэўнілі яго ў безварунковай прычыннай сувязі паміж некаторымі ўнутранымі хваробамі і сэптычнай інфэкцыяй. Дзеля таго, што галоўнымі варотамі сэптычнай інфэкцыі зьяўляюцца, па думцы Hunter'а, поласьць роту і носу, дык ён прапанаваў тэрмін „ротавы сэпсіс“. Гэтую сувязь Hunter устанавіў ex iuvantibus, наглядаючы, які спрыяючы ўплыў аказваюць лячэбна-прафіляктычныя мерапрыемствы ў поласьці рота на характар і інтэнсыўнасьць некаторых хваравітых сымптомаў. Асабліва часта Hunter наглядаў цяжкія формы анэміі, гастрытаў, калітаў, purpura sepsis, нэфрытаў і рэўматызму ў тых хворых, у якіх у роце былі залатыя пратэзы. „Я высока ціню“, казаў Hunter, „тэхнічныя веды зубнога доктара, але не магу змаўчаць аб тэй вялікай трагэдыі, якая разыгрываецца ў арганізьме хворага пасьля няправільных мерапрыемстваў у поласьці рота“. Залатыя плёмбы, каронкі, масты, штыфтовыя зубы і г. д, замацаваныя на інфіцыраваных коранях, абяртаюцца, па выразу Hunter'а, у „залатыя маўзалеі пабудаваныя на масе інфэкцыйнага матар'ялу“. Канстатуючы, што нічога падобнага нельга знайсьці ва ўсіх галінах мэдыцыны, Hunter лічыць утварэньне дэнтальных ачагоў інфэкцыі вынікамі так званага „консэрвацыйнага зубалячэньня“, для якога больш падыходзіць назва „сэптычнае зубалячэньне“. Консэрватыўна яно толькі ў тым сэнсе, што кансэрвуецца тое інфэкцыйнае становішча, пры якім на паражоныя корані ставяцца залатыя зубы.

Рэзкае абвінавачаньне, якое кінуў Hunter амэрыканскім адантолягам, лічачы Амэрыку краінай клясычнага пратэзнага зубалячэньня, прагучэў як вызаў. Так быў даны штуршок да пачатку навуковых спрэчак і вялікай колькасьці дасьледваньняў у чыста амэрыканскім маштабе. У выніку гэтых шматлікіх дасьледваньняў і вырас за апошнія гады ў агульнай праблеме сэпсіса вялікі разьдзел аб ротавым сэпсісе. У распрацоўцы гэтае праблемы прынялі кіруючы ўдзел хірург K. de Mayo, бактэрыолёг яго клінікі Rosenow, фізыолёг M. Fischer, тэрапэўты Billings і Duce і одонтолёгі Hartzell, Rhein и Black.

Паасобныя фазы гэтай навуковай барацьбы не дакаціліся да кантынэнту дзякуючы сусьветнай вайне. Але нават і тады, калі з Амэрыкі ў Эўропу прыбылі больш падрабязныя весткі аб гэтым новым амэрыканскім вучэньні, яно не прыцягнула да сябе ў пачатку агульнай увагі.

Прычыну гэтага трэба, па маёй думцы, шукаць у наступных абставінах: да вайны ў Эўропе, асабліва ў Нямеччыне, была распаўсюджана, дзякуючы работам Парча, думка аб тым, што т. зв. „зубная гранулема“, якая ствараецца ў выглядзе заслоннага вала грануляцыйнай тканіны вакол вярхушкі кораня і абкружаная большай часткай шчыльнай фібрознай капсулай—перашкаджае бактэрыям у далейшай эміграцыі праз корнявы канал зуба ў косна-мазгавыя дзедзіны губчатага слою сківічнай касьці і зьяўляецца такім чынам абараніцельным прыстасаваньнем чалавечага арганізму. Трудна было ў пачатку проціставіць гэты, ужо прыняты погляд, хоць і маючы толькі тэлеолёгічную абаснаванасьць, новаму амэрыканскаму вывучэньню, якое разглядае гранулему, наадварот, як найбольш чысты ачаг фокальнай інфэкцый.

З другога боку, у Нямеччыне яшчэ да вайны раздаваліся галасы аб сувязі паміж інфэкцыяй поласьці роту і агульнымі хваробамі.

Landgraff яшчэ ў 1909 годзе прапанаваў замяніць нічога не гаворачы выраз „крыптогенэтычны сэпсіс“ на „одонтогенны сэпсіс“. Вядомы патолёга-анатом Benda пісаў у сваіх дыскусыйных заўвагах у сувязі з прапановай Landgraff'а, што „одонтогенная прычына крыптогенэтычнага сэпсісу мае вялікае для патолёга значэньне. Трэба згадзіцца, што мы часта робім ускрыцьці дыягнозам „сэптыцэмія“ і „endocarditis ulcerosa“, пры якіх, ня гледзячы на самыя старанныя пошукі, не знаходзім уваходных варот інфэкцыі, між тым, як абсьледваньне зубоў звычайна ня робіцца. Я пастараюсь у будучым зьвярнуць на гэту абставіну асаблівую ўвагу“. Некалькі пазьней, у 1911 годзе, Дрэздэнскі тэрапэўт Paszler паказаў ня толькі на міндаліны, але і на зубную сыстэму (карыэс зубоў, з яго вынікамі, альвэалярную піарэю і эмпіэму Гаймаравай поласьці), як на прычыну ўзьнікненьня сустаўнога рэўматызму, гломэрула-нэфрытаў, захворваньняў жалудачна-кішэчнага тракту, некаторых скурных паражэньняў і хвароб абмену матэрый. У сваёй капітальнай працы „Die Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde“ (1914 г.) Jul. Misch апісвае крыптагенэтычны сэпсіс дэнтальнага пачатку, пры чым яго апісаньне даволі блізка зыходзіцца з тым, што амэрыканцы разумеюць пад ротавым сэпсісам.

Усё гэта гаворыць за тое, што амэрыканскае вучэньне аб фокальнай інфэкцыі не зьявілася зусім новым і неспадзяваным,—абставіны, у якіх я бачу іншую прычыну, чаму гэта вучэньне не прыцягнула да сябе ў пачатку належнай увагі.

Разгляданае намі пытаньне аб значэньні ротавага сэпсісу ў разьвіцьці шматлікіх інфэкцыйных захворваньняў, цесна зьвязана з пытаньнем аб адносінах бактэрыэміі (г. зн. такога стану, пры якім масы мікраарганізмаў паступаюць у *крываносны сьцёк*) ды ўтварэньня інфіцыраваных ачагоў у тканях. Раней лічылі, што кожная ахвяра бактэрыэміі прысуджана да сьмерці, але ў сучасны момант, як вядома, гэтая думка зьяўляецца ўстарэўшай. Па меры таго, як удасканальваюцца нашыя мэтады выяўленьня бактэрый у крыві, удалося ўстанавіць цэлы шэраг інфэкцыйных захворваньняў, пры якіх у пэрыядзе хваробы мае месца пранікaньне бактэрыі ў кроўны сьцёк.

Падобныя-ж умовы пранікaньня адзначаюцца і ў адносінах тых мікраарганізмаў, аб якіх ніжэй будзем гаварыць, г. зн. у адносінах да стрэптакокаў.

Гэтыя мікраарганізмы заўсёды знаходзяцца ў поласьці роту і зубной сыстэме, складаючы каля 50% звычайнай флёры поласьці роту (Gies і Kligler). Стрэптакокі знаходзяць у сьлюне, у зубным адкладаньні, у дэнцыне карыозных зубоў (Kantorovicz і Baumgartner), у гангранозных каналах (Mayrhofer і Ballner), у зубных гранулемах у выглядзе Streptococcus haemolyticus, streptococcus viridans, а таксама ў чыстай культуры (Hartzell, Thyota, Billings, Ottesen і др.) і нават у жывой пульпе карыёзных і паражоных піарэйей зубоў (Hartzell і Heinrizi). Wilkinson дасьледваў 253 хранічных ачагоў у вярхушках зубоў і знайшоў у 88,5% розныя віды стрэптакокаў.

Гэтыя бактэрыі даўно вядомы, як адзін з самых вірулентных інфэкцыйных узбуджальнікаў. Клінічны малюнак выклікаемай імі інфэкцыі характарызуецца звычайна нечакана наступаючай цяжкай хваравітасьцю з высокай тэмпэратурай, вялікім зьнясіленьнем, „цяжкім“ лейкацытозам і часта хутка наступаючым сьмяртэльным канцом. Аднак, цяпер мы ведаем, што некаторыя стрэптакокавыя інфэкцыі могуць саправаджацца трасцай і лейкацытозам, а выяўляюцца толькі ў самых нязначных зьявішчах. Пацыэнты з гэткімі лёгкімі інфэкцыямі маюць звычайна „амбуляторныя“ сымптомы, якія хворы адчувае тыдні, месяцы і годы. Такія пацыэнты ніколі не адчуваюць сябе цяжка хворымі, але і ніколі—зусім здаровымі. У гэткім становішчы яны могуць пражыць усё сваё жыцьцё, калі толькі якія-небудзь выпадковыя прычыны (непамерная фізычная або інтэлектуальная напружанасьць, голад, знураючая хвароба і г. д.) ня зьнізяць абаронную моц арганізму, а павялічаная вірулентнасьць стрэптакокаў ня выкліча холецысцыт, апэндыцыт, эндокардыт або вострыя почачныя колікі, іншы раз са сьмяртэльным канцом.

Паміж гэтымі дзьвюма крайнімі формамі існуюць самыя разнастойныя клінічныя варыацыі, хоць і ў тым і ў другім выпадку мы маем справу з гэтым-жа мікраарганізмам, ранейшая ўласьцівасьць якога толькі відазьмянілася, дзякуючы зьмяненьням у абкружаючым асяродку. Замест аднаго стрэптакока, такім чынам, мы ведаем цяпер цэлую групу стрэптакокаў з рознай уласьцівасьцю: ад практычна авірулентнага да клясычнага тыпу з высокай вірулентнасьцю.

Гэтае цікавае пытаньне аб модыфікацыі ўласьцівасьці мікраарганізмаў у выніку зьмяненьня ўмоў іх жыцьця, дэтальна распрацавана толькі ў апошнія гады. Rosenow, які залажыў бактэрыолёгічныя асновы вучэньня аб фокальнай інфэкцыі, даказаў экспэрымэнтальна, што з дапамогай зьмяненьня харчоўнага сяродку, асабліва ў адносінах складу кіслароду, магчыма дабіцца пераходу адзін у другі розных відаў бактэрый стрэптакока-пнэўмакокавай групы. Гэтая зьменчывасьць бактэрый робіцца ў наступным парадку: str. haemoliticus, str. rheumaticus, str. viridans, pneumococcus, і str. mucosus, пры чым фэноман зьменчывасьці ўладае зварочваемасьцю. Пры дапамозе гэтага зьявішча, вядомага ў літаратуры пад назвай фэномана трансмутабільнасьці бактэрый стрэптакокава-пнэўмакокавай групы, Rosenow даказаў, што стрэптакок, які жыве ў якім-небудзь органе, як авірулентны мікроб, можа пад уплывам зьмяненьні ў акружаючым сяродку абярнуцца ў тып высокай вірулентнасьці.

Другім бактэрыолёгічным фактарам, на які абапіраецца тэорыя фокальнай інфэкцыі, зьяўляецца фэноман элективнай выбарчай лёкалізацыі бактэрыі. Карыстаючыся вельмі тонкай бактэрыолёгічнай тэхнікай, Rosenow даказаў, што паступаючыя з якога-небудзь інфэкцыйнага ачага ў ток крыві бактэрыі не выклікаюць агульнага сэпсісу, не асядаюць у якіх-небудзь органах, а паражаюць акрэсьленыя органы або

тканi, да якiх маюць найбольшае спарадненьне (т. з. electiv affinity). Гэта спарадненьне Rosenow тлумачыць хiмiчнай структурай, электрычным зарадкам i, галоўным чынам, рознай ступеньню вiрулентнасьцi бактэрый. Так, напрыклад, бактэрыi, узятыя з корнявай гранулёмы суб'екта, якi церпiць на запаленьне жоўчнага пузыру, успрыснуты кролiку, не выклiкаюць у жывёлiны сьмярцельнага сэпсiсу, а выклiкаюць у большасьцi выпадкаў халецысцыт. Стрэптакокi, узятыя з сустава чалавека, якi церпiць на артрыт, выклiкаюць у падвопытнай жывёлiны, у асаблiва вялiкай колькасьцi процэнтаў, артрыты i запалiцельныя паражэньнi мускулатуры. Стрэптакокi з зубнога ачага хворага iрытам, успрыснутыя iнтравенозна кролiку, выклiкаюць у яго iрыт i г. д. З вынiкам экспэрымэнтаў Rosenow'а над электыйнай лёкалiзацыяй стрэптакокаў можна пазнаёмiцца з наступнай таблiцы.

Пачатак стрэптакокаў	Штамы	Жывёлiны	% захварэўшых жывёл з паралiчэн. органаў												
			Мышцы	Суставы	Нэрвы	Жалудак 12 п. кiшка	Жоўчны пузыр	Апэндыцыт	Ныркi	Лёгкiя	Скура	Перыкардыт	Мiакардыт	Эндакардыт	Цэнтр. нэр. сыстэма
Myositis . .	23	202	80	33	9	13	3	1	9	7	0	4	17	8	?
Ulc. ventr. .	37	168	4	12	0	69	21	1	3	0	4	2	3	10	?
Holecyst. . .	12	41	7	17	0	29	80	0	5	5	2	0	2	10	?
Appendic. . .	17	71	12	29	0	11	1	70	0	0	0	0	9	21	?
Polimuel. ac. .	22	123	16	15	4	13	2	2	2	1	0	5	7	7	46
Varia . . .	71	212	12	9	4	19	1	1	9	7	4	0	4	2	?
		817													

Hartzell i Heinrizi зрабiлi дакладнае бактэрыолёгiчнае дасьледваньне 162 дэпульпiравых зубоў, выдаленых у хворых артрытам i мiакардытам, пры чым у 150 з iх яны выявiлi патагенныя мiкраарганiзмы. Культывiзаваныя з тых зубоў бактэрыi былi успрыснуты жывёлiне i выклiкалi ў iх адпаведныя захворваньнi. У другой сэрыi вопытаў Hartzell i Heinrizi дасьледвалi бактэрыолёгiчна 280 зубоў, выдаленых выключна ў артрытыкаў. Амаль што ва ўсiх зубох быў знойдзены стрэптакокi, якi, успрыснуты кролiкам, выклiкаў у iх паражэньне сустава. У трэцяй сэрыi вопытаў памянёныя дасьледчыкi выдалiлi дэпульпiраваныя зубы ў здаровых i моцных суб'ектаў, пры чым пры бактэрыолёгiчнай праверцы аказалася, што ў гэтых зубох у большай частцы ня было мiкраарганiзмаў i ін'екцыi апошнiх ня выклiкалi ў падвопытных жывёлiнах нiякiх захворваньняў.

John Meisser у 1925 годзе паведамiў аб далейшых дасьледваньнях па пытаньню аб электыўнай лёкалiзацыi бактэрый з iнфiцыраваных зубоў. У яго дасьледваньнях 660 кролiкам былi ўпрыснуты бактэрыi, атрыманыя з дэпульпiраваных зубоў у 210 пацыэнтаў, якiя цярпелi на розныя захворваньнi. I ў гэтых вопытах у жывёлiн паражалiся пераважна тыя органы, якiя былi iнфiцыраваны ў чалавека, у якога быў узяты бактэр'яльны матар'ял.

Трэба яшчэ спамянуць аб 3-м фактары, уключаемым у тэорыю фокальнай iнфэкцыi,—г. з. аб зьявiшчы часовай сэгмэнтацыi бактэрый. Гэта вучэньне, якое апiсаў упяршыню Adami, адкiдае iснуючы погляд

на абсалютную стэрыльнасьць тканяй. Па вучэньню Adami тканіны стэрыльны толькі ў патэнцыяльным сэнсу. На працягу ўсяго жыцьця мікраарганізма бактэрыі пераходзяць з павярхоўнасьці сьлізавых абалонак углыб тканіны, якія пераносяцца з дапамогай тока крыві і лімфы, у больш адлеглыя органы. У іх бактэрыі або гінуць ад абараняючых сіл арганізму, або пры зьніжанай адпорнасьці грунтоўна асядаюць і пачынаюць прадуцыраваць таксіны. Гэткага роду інфэкцыя названа Adami субінфэкцыяй у адрозьненьне ад лятэнтнай, дрэмлючай інфэкцыі. Тыя-ж бактэрыі, якія выклікаюць пры нармальнай адпорнасьці арганізму суб'інфэкцыю, могуць пры значным зьніжэньні гэтай сілы абумовіць узьнікненьне вострай інфэкцыі. З гэтага пункту погляду поласьць роту з яе шматлікімі мікробнымі гнёздамі можа, па думцы Adami, адыгрываць істотную ролю ў зьявішчах субінфэкцыі.

Такім чынам, тэорыя фокальнай інфэкцыі акрэсьліла наступны мэханізм сэпсысу. Па словах Bilings'а пад фокусам інфэкцыі (Focus of infection) належыць разумець вучастак тканіны, якая мае патагэнныя мікраарганізмы зьніжанай вірулентнасьці. З гэтага фокуса інфэкцыі мікраарганізмы паступаюць у ток звароту крыві і, не выклікаючы агульнага сэпсысу, паражаюць, дзякуючы электыўнай лёкалізацыі, акрэсьленыя абраныя імі тканіны або органы, выклікаючы ў іх спэцыфічныя зьмены. Так узьнікаюць паўторныя інфэкцыйныя ачагі. Варотамі інфэкцыі і першапачатковымі ачагамі служаць звычайна разьмешчаныя ў поласьці роту мікробныя гнёзды: хранічныя перыёданціты і зубныя гранулёмы (выклікаючыя глыбокія костныя паражэньні рарэфіцыруючага характару і ўладаючыя клінічна скрытым, бесхваравітым, хранічным цячэньнем), альвеолярная піарэя, запаліцельныя працэсы на сьлізавой абалонцы роту і г. д.

Бактэрыолёгічнае становішча, на якім абапіраецца тэорыя ачаговай інфэкцыі, не падзяляецца поўнасьцю ўсімі бактэрыолёгамі. Гэта адносіцца ў першую чаргу да фэномана часовай сэгмэнтацыі бактэрыі, які аспарваецца большасьцю бактэрыолёгаў. У апошні час гэты фэноман зноў падцьверджаны работамі Neufeld'а з Кохаўскага Інстытуту ў Бэрліну, якому ўдалося заражаць мышэй стрэптакокамі праз здаровую, непашкоджаную сьлізавую абалонку і скурныя пакровы. Аднак, нават і без прызнаньня фэнамэну Adami, трэба дапусьціць магчымасьць пранікавеньня стрэптакокаў у ток крыві праз шматлікія эпітэліяльныя дэфэкты сьлізавай поласьці роту пры гінгівітах, язьвенных стамацітах і г. д.

Што датычыцца фэноману трансмутабільнасьці бактэрый стрэптакокава-пнэўмакокавай групы, дык ён, хоць і рэзка адхіляецца такім буйным клініцыстым і бактэрыолёгам, як Schotmüller, усё-ж такі знаходзіць сабе ў апошнія часы пацьвярджэньне ў працах Morgenroth'а і яго вучняў. Так, Schnitzer і Pulvermacher экспэрымэнтальна даказалі, што авірулентны або мала вірулентны зялёны стрэптакок можа перайсьці ў гэмалітычную форму з павышанай вірулетнасьцю. Morgenrhot, Schnitzer і Berger даказалі магчымасьць пераходу пнэўмакокаў у авіарулентны стрэптакок і г. д. Такім чынам, гэта палажэньне пацьверджана шэрагам прац выдатных бактэрыолёгаў.

Больш усяго сумленьні выклікае трэці бактэрыолёгічны ўстой фокальнай інфэкцыі-фэноман электыўнай лёкалізацыі стрэптакокаў, які сам Rosenow лічыць „ядром американского учения о ротовом сепсисе“. Праверка вопытаў Rosenow'а ў Інстытуце Рокфэлера ў Нью-Іорку Bull'ем і Swift'ом прывяла да адмоўных вынікаў. Пры праверцы ім неўдалося ўстанавіць электыўнай лёкалізацыі, а таксама ня быў атрыманы такі высокі, як у Rosenow'а процант станоўчых бактэрыолёгіч-

ных знаходак у крыві і сустаўных эксудатах у выпадках сустаўнага рэўматызму. Гэтую розьніцу ў выніках экспэрымэнтаў Rosenow'a, бактэрыолёгічная тэхніка якога аднамысна лічыцца ўсімі амэрыканскімі і эўрапэйскімі бактэрыолёгамі першакляснай, Rosanow тлумачыць тэхнічнымі памылкамі сваіх апанэнтаў. За тое, цэлы шэраг асоб, як Hardt, Helmholz, Jrous, Brown, Nadlez, Meisser, Bumpus і Berger таксама наглядалі фэноман электыўнай лёкалізацыі. Працаваўшыя каля году ў Rosenow'a ў клініцы Mayo нямецкія адантолёгі Precht, Gysi і Proell упэўніліся ў дасканаласьці экспэрымэнтаў Rosenow'a і намераны паставіць гэтыя вопыты ў хуткім часе ў Нямеччыне.

Па сутнасьці, сам па сабе прынцып электыўнай лёкалізацыі і магчымасьць сродства бактэрый да акрэсьленых тканінаў не зьяўляецца зусім новым і нязвычайным. Дастаткова ўказаць на спэцыфічную гістатрапію ганакокаў да сырозных паверхнасьцяй суставаў, пнэўмакокаў да лёгкіх, менінгакокаў да мазгавых абалонак, атрыту вострага сустаўнага рэўматызму да эндакардыі, атрытаў паліэміэліта да пярэдніх *рогаў* шэрае субстанцыі сьпіннога мозгу, або, напрыклад, на нэйро—і дэрматрапію сьпірахэт.

Улічваючы толькі што сказанае, а таксама нязвычайную дакладнасьць пастаноўкі экспэрымэнтаў Rosenow'a, падцьверджаных цэлай групай дасьледчыкаў, трэба прызнаць гэты фэноман даказаным.

Гэтае-ж самае, у агульным і цэлым, належыць прызнаць у адносіне ўсіх трох бактэрыолёгічных фактараў, на якія абапіраецца тэорыя ротавага сэпсысу.

Роўналежна з бактэрыолёгічнай распрацоўкай „ротавага сэпсысу", вядзецца энэргічная клінічная распрацоўка, у якой у апошнія гады прынялі ўдзел нашы бліжэйшыя навуковыя суседзі ў Нямеччыне (Schotmüller, Falta, Antonius і Cžepa, Weiser, Precht і інш.), а таксама расійскія клініцысты (проф. Стэрыопуля і яго вучань Пекер). Пачатак клінічнай распрацоўкі ‚ротавага сэпсысу палажыў Bileings, які ўстанавіў у 577 хворых сустаўным рэўматызмам першапачатковы ачаг інфэкцыі ў міндалінах 336 раз, у зубох 136 раз, у урогенітальнай сыстэме 24 разы і 12 разоў у дадатковых поласьцях носу. Няма ніякай тэхнічнай магчымасьці прывесьці ў гэтым артыкуле той клінічны матар'ял, які маецца ў даступнай мне літаратуры па пытаньню аб ротавым сэпсысу—гэта заняло-б цэлы друкаваны аркуш. Дастаткова ўказаць пералік тых захвораньняў, якія амэрыканцы ставяць у прычынную сувязь з ачагамі інфэкцыі.

1. Крыватворная сыстэма: паўторная анэмія, лейкэмія, псэўдалейкэмія.
2. Сасудзістая сыстэма: міакардыт, эндокардыт (Sepsis lenta) артэрыосклероз.
3. Залозы ўнутранай сакрэцыі: цірэоідыт.
4. Урогенітальная сыстэма: Гломэруленэфрыт, тубуленэфрыт.
5. Стрававальны тракт: Ulcus ventriculi, ulcus duodenale, Cholecistitis, Appendicitis.
6. Нэрвовая сыстэма: нэўральгія.
7. Скура: Herpes zoster, Erithema multiforme, Impetigo herpetiformis.
8. Вочы: Reratitis, Iritis, Циклит.
9. Суставы: Arthritis, Diathesis urica.
10. Мышцы: Myositis.

Вышэйпаказаны сьпіс хвароб ахватвае амаль што ня ўсю мэдыцыну. Але, канечна, пакуль толькі ў тых выпадках можна лічыць прычынную сувязь аднаго з пералічаных захворваньняў з першапачатковым ротавым ачагом інфэкцыі бязумоўна ўстаноўленай, у якіх пасьля зьні-

шчэньня гэтага ачага наступала поўнае выздараўленьне або, прынамсі, значнае палепшаньне. На жаль, прыходзіцца канстатаваць, што ў паведамленьнях амэрыканцаў аб выпадках ротавага сэпсысу часта нельга знайсьці дастатковай клінічнай абаснаванасьці. Так, напрыклад, ў адным з сваіх апошніх паведамленьняў (1925 год) Hadan апісвае 7 выпадкаў розных захворваньняў, якія ён прыпісвае першапачатковым ачагам на зубох. Тут гаворыцца аб язьве 12-перстнай кішкі, хранічным артрыце, вострым флебіце, вострым піэлёнэфрыце і вострым энцыфаліце. У адным выпадку хранічнага артрыту пасьледавала хуткае выздараўленьне пасьля ўдаленьня інфіцыраваных зубоў. У другім выпадку вострага флебіта ёсьць указаньні на тое, што пацыэнт даўно скардзіўся на сваю хваробу і што яна ў свой час была пастаўлена ў сувязь з меўшымся ў хворага альвеалярным абцэсам. Гэтае захворваньне скончылася стрэптакокавым сэпсысам і летальным канцом. Гэтыя два выпадкі пацьвярджаюць некаторым чынам тэорыю ротавага сэпсысу. Затое астатнія выпадкі Hadan'а ніяк ня могуць служыць клінічным пацьвярджэньнем гэтае тэорыі. Дасьледваньне поласьці роту ў выпадку вострага піэлёнэфрыту выявіла, праўда, адзін прэмоляр, які быў хваравіты і паказаў на рэнтгэнаграме ўтаўшчэньне пэрыодонту ў вярхушцы кораня. Але ці наступіла палепшаньне пасьля ўдаленьня гэтага зуба і ці была выяўлена якая-небудзь іншая прычына, якая магла-б выклікаць запаленьне мочавых лаханак, у Hadan'а нічога ня сказана. Таксама нічога не сказана аб гэтым і пры апісаньні астатніх яго выпадкаў. Або, напрыклад, Graws у грунтоўнай працы (1924 год) паведамляе аб 25 выпадках нэўрастэньні і выражанага псыхозу, пры якіх ён дапусьціў прычынную сувязь з дэнтальнымі ачагамі інфэкцыі. Запраўды, пасьля выдаленьня гэтых ачагоў наступіла некаторае палепшаньне. Аднак, выдаленьне зубоў пры псыхічных захворваньнях можа само па сабе даць псыхічны эфэкт і таму выпадкі Graws'а непераконваючыя. Думка хірурга Mayo, які лічыць ротавыя ячагі інфэкцыі прычынай 80% усіх захворваньняў брушной поласьці, таксама клінічна недастаткова абаснована.

За тое зусім іншы характар носіць, напрыклад, такое паведамленьне, як паведамленьне Thompson'а, які наглядаў з 1916 году па 1923 г. 200 выпадкаў ірыту. Сярод розных устаноўленых ачагоў інфэкцыі (сыфіліс, ганарэя, сухоты, міндаліны, дадатковыя поласьці носу) у 27 выпадках аказаліся вінаватымі зубы, пасьля выдаленьня якіх наступіла выздараўленьне, тады як усякая іншая тэрапія аказалася бяспомачнай. Да гэткіх-жа пераконваючых паведамленьняў належыць аднесьці, напрыклад, нагляданьні Antonius'а і Czepa (школа праф. Faeta), якія з дапамогай рэнтгэнаграфіі ўстанавілі ў 40 выпадках сустаўнага рэўматызму і эндакардыту 19 выпадкаў хранічных ачагоў у вярхушкі зуба. Пасьля выдаленьня зубоў вінаватых у абразаваньні ачагоў, 7 выпадкаў з 19 скончылася дадатным тэрапэўтычным эфэктам. Riha сабраў 21 выпадак нэўральгіі, ішыаса, мышэчнага рэўматызму і анэміі, якія ён вылечыў з дапамогай выдаленьня вінаватых зубоў, а ў 3 выпадках пасьля лячэньня альвеолярнай піарэі.

З расейскіх клініцыстых над клінічнай распрацоўкай ротавага сэпсысу працуюць праф. Стэрыопуля з д-рам Пекарам, маючыя вялікі клінічны матар'ял, з якога я прывяду найбольш дэманстрацыйныя выпадкі.

1 выпадак. Хворая Н., 23 гадоў, тэлэфаністка, паступіла з скаргамі на боль у правай падуздошнай обласьці і на падвышэньне тэмпэратуры.

Anamnesis: З боку насьледнасьці нічога асаблівага не адзначаецца. У маленстве расла здаровым дзіцём. 16-ці год перанесла крупознае запаленьне лёгкіх. У 20 год трасцападобнае захворваньне. 21 год вышла замуж былі дзьве цяжарнасьці, якія скончыліся штучнымі выкідышамі. У мінулым годзе было запаленьне шэйных лімфатычных залоз. На

працягу 7—8 год часта церпіць на вострае запаленьне надкосьніцы з абсцэсамі карэнных зубоў ніжняй сківіцы справа і зьлева.

Гэта захворваньне (з прычыны якога хворая зьвярнулася ў больніцу) пачалося каля 7 г. таму назад. Прыступы боляй саправаджаліся ванітамі і звычайна пры дапамозе грэлак, спакою і дыэты, на працягу некалькіх дзён, купіраваліся. Апошні прыступ трымаецца на працягу $1^1/_2$ месяцаў. Ваніты апошні раз былі за 3 дні да паступленьня ў больніцу.

Тэмпэратура пры паступленьні $-37,5^0$.

З боку Status'а можна адзначыць невялікае павялічэньне падсківічных залоз з абодвых бакоў, моцна павялічана затылачная залоза справа.

З боку органаў дыханьня, звароту крыві, урогенітальных, печані і селязёнкі—ухіленьняў ад нормы не адзначаецца.

З боку нэрвовай сыстэмы: каленны рэфлекс і ахілоз—павышаны; зрачковы—нормальны, глотачны—адсутнічае.

З боку страваваньня: жавацельны апарат парушаны (у ніжняй сківіцы маюцца корні 3-х корэных зубоў справа і 2-х зьлева). Язык трохі абложаны Toetor ex ore адсутнічае. Глытаньне свабоднае, жывот ня ўздуты. Маецца невялікае разыходжаньне прамых мышцаў. Стул не заўсёды правільны, час ад часу запоры. Пры пальпацыі правая вобласьць жывата хваравіта. асабліва чульлівы к даўленьню точкі Mac Burneja, zanz'a і Kümmel'я боль аддае ў trigonum Petit. Defeuse musculaire ў вобласьці адростку значная. Пры дасьледваньні pervaginam адростак прашчупваецца, крыху хваравіты.

Дыагназ—Appendicitis chronica.

Праз 10 дзён пасьля паступленьня ў больніцу болі значна сьціхлі, тэмпэратура ў межах нормы. Аглядаўшы хворую хірург праф. Т., прапанаваў правесьці хворую ў хірургічнае аддзяленьне ў бліжэйшыя дні для апэрацыі appendectomi'u.

З анамнэза і Status'а хворай можна было допусьціць, што хранічна працякаючы апэндыцыт у хворай—інфэкцыйнага паходжаньня (за гэта гаворыць субфэбрыльная тэмпэратура і вялікі процэнт лімфацытаў—39%) і манацытаў (7%) у крыві. Заставалася знайсьці ўваходныя вароты інфэкцыі.

У анамнэзе няма якіх-небудзь іншых этыолёгічных момантаў, акрамя ўказаньняў на часта рэцыдывіруючыя абсцэсы ў ніжняй сківіцы. Пры аглядзе хворай знойдзена павялічэньне залоз. Дзеля таго што ў ніжняй сківіцы акрамя таго меліся корні пяці зубоў, дык думка карыстаючых хворую дактароў накіравалася ў бок ротавага сэпсысу.

Сапраўды, выдаленыя корні або прадстаўлялі значную гіпэрплязыю цэмэнту на вярхушках, або пакрыты гранулёмамі, што пацьвердзіла анамнэстычныя даныя аб часта рэцыдывіруючых запаліцельных працэсах у вобласьці гэтых корняў. Пасьля-экстракцыйны пэрыяд, як відаць з тэмпэратурнай крывой, саправаджаўся падвышэньнем тэмпэратуры на працягу бліжэйшых 3—4 дзён. З дзёньніка хворай можна адзначыць нарастаньне ўсьлед за экстракцыяй болевых адчуваньняў у правай падуздошной вобласьці, асабліва ў памянёных вышэй болевых точках. Такого роду сувязь паміж экстракцыяй корняў, падвышэньнем тэмпэратуры і нарастаньнем боляў наглядалі і некаторыя чужаземныя аўтары. Выпадак гэты быў праведзены ў лютым 1925 году і пракантраліраван на працягу аднаго году: раней рэцыдывіруючыя прыступы больш не паўтараліся і хворая адчувае сябе зусім здаровай.

2 *выпадак*. Хворы К., 45 год. Тэхнік, на працягу 10 год церпіць сустаўны рэўматызм. „Я являюсь барометром, болезненно чувствительным к переменам погоды"—расказвае пра сябе хворы. У апошнія гады далучыліся прыступы апэндыцыту, якія часта рэцыдывіруюцца і працягваюцца па некалькі дзён. Па прадпісаньню доктара хворы насіў набрушнік, быў на дыэце, яму было забаронена купаньне, язда на веласыпэдзе і іншыя віды спорту, якімі хворы раней захапляўся. У студзені гэтага году (1925), у сувязі з новым прыступам была прапанована апэрацыя ўдаленьня адростку. У той-жа час у хворага зьявіўся абсцэс на верхняй сківіцы, які выходзіў з левага верхняга клыку—апоры для моста. На паднябеньні блізка сярэдняй лініі адчыніўся сьвішчовы ход: 12-I—25 г. хвораму была зроблена радыкальная апэрацыя рэзэкцыі вярхушкі корню з вылушчэньнем кісты. Хворы да лістападу 1925 году знаходзіўся пад наглядам. Становішча здароўя вельмі добрае. Прыступы апэндыцыту на працягу гэтага году не паўтараліся, хворы зусім пакінуў набрушнік, у час летняга водпуску купаўся ў рэчцы, езьдзіў вярхом, пакінуў ранейшую дыэту, набыў вагу ў 3 клгр.

3 выпадак. Нагляданьні (д-ра Пэкера). Хворая С., 37 год. Паступіла ў Маскоўскую вузлавую больніцу 13 лістапада 1925 году са скаргой на вострыя болі ў суставах верхніх і ніжніх канечнасьцях, якія саправаджаліся пачырваненьнем і апуханьнем гэтых суставаў і часта значным павышэньнем тэмпэратуры.

Анамнэз гэтага захворваньня. Лічыць сябе хворай з 1923 году. Захварэла адразу; на ангіны не хварэла. На працягу $2^1/_2$ месяцаў у 1923 годзе знаходзілася на лячэньні ў нашай больніцы з прычыны вострага сустаўнога рэўматызму. Пасьля 14 ін'екцый казэіна, масажа і іншых прадэдур хворая выпісалася ў маі м-цы таго-ж году паправіўшыся. У кастрычніку зноў пачалося абвастрэньне, вясною і ў восень 1924 году рэзкія вострыя прыступы боляў у суставах паўтараліся, тэмпэратура падымалася да 40°, абвастрэньні былі і ў 1925 годзе—увесь час лячылася дома. У кастрычніку 1925 году лячылася ваннамі пры нашай больніцы амбуляторна (зроблена 13 ванн); аблягчэньня не наступіла.

13 лістападу 1925 году зноў паступае ў тэрапэўтычнае аддзяленьне нашай больніцы. Клінічны малюнак асноўнага захворваньня прадстаўляў сабой новае абвастрэньне пачаўшагася яшчэ ў 1923 годзе інфэкцыйнага паліартрыту.

Лячэньне: ад 17/II да 12/XII зроблена 4 ін'екцыі казэіна і 1 ін'екцыя малака 3,0. На хворыя суставы цяпло і ўціраньне ol hyoscyamini + chloroformii + methylsalycilici, унутры саліцыляты. Болявыя адчуваньні ў суставах у паказаны пэрыяд лячэньня то зьмяншаліся, то зноў абвастраліся, носячы лятучы характар, захопліваючы самыя дробныя суставы, распаўсюджваючыся на сачляненьні грудзіны з мячавідным адросткам, грудзіна-ключычнае, шэйных і грудных храбтоў і г. д. Хворая, то не магла жаваць ад болю, то не магла павярнуць шыю або сагнуць сьпіну. Тэмпэратура таксама не давала паказаньняў на аслабленьне хваравітага працэсу. Агульнае становішча пагаршалася, мы дапускалі, што ў аснове захворваньня ёсьць пажываючы інфэкцыйны фокус, які падтрымлівае цячэньне паліартрыта.

З пункту погляду вучэньня аб фокуснай інфэкцыі можна было ў якасьці пажываючага фокусу прыняць быўшы ў хворай хранічны эндомэтрыт, хранічны гнойны працэс сярэдніх вушэй і, урэшце, хранічны гнойны працэс у сківіцах.

Дзеля таго, што хворую асабліва трывожылі корні зубоў, дык мы перш за ўсё і завастрылі сваю ўвагу на сэптычных ачагах у сківіцах. Папярэдне адмяніўшы тэрапію (казэін, саліцылавы натр і г. д.), якая не давала колькі-небудзь прыкметнага палепшаньня, мы 19/XII, 1/I і 12/I паступова выдалілі ўсе корані. Пасьля першай і апошняй экстракцыі—як-раз тых кораняў, якія давалі на рэнтгэнаграме зацямненьні ля апэксаў—была значная тэмпэратурная рэакцыя і абвастрэньне ў суставах. Пасьля апошняй экстракцыі 12/I-1926 г. наглядалася часовае абвастрэньне гнойнага працэсу ў правым вухе з узмацненьнем гнояцячэньня. Рэгіянарныя лімфатычныя залозы значна павялічыліся і сталі хваравітымі. Усьлед за кароткай тэмпэратурнай рэакцыяй мы адзначаем працяжнае больш або менш раўнамернае віханьне, якое набліжаецца пасьля кожнай экстракцыі ўсё больш да нормы. Выключаючы пэрыяд мэнструацыі, які даў разам з абвастрэньнем болявых сымптомаў таксама і часовае падвышэньне тэмпэратуры, мы пасьля апошняй экстракцыі бачым ужо зусім нармальную тэмпэратуру, што зусім адпавядала агульнаму становішчу хворай. У апошніх лічбах студзеня 1926 году больш не адзначаюцца болі ў суставах, і хваробу можна лічыць скончанай.

Асаблівы інтарэс выклікаюць паралельныя нагляданьні над гэтай хворай ото-ларынголёга нашай больніцы доктара Ознобищева, які адзначае, што ў хворай быў хранічны гнойны працэс абодвых сярэдніх вушэй са значным пашкоджаньнем барабаннай плеўкі. Працэс цягнуўся даўна, часам абвастраючыся і маючы нахіл да рубцаваньня. У апошні час, у сувязі з прадпрынятай экстракцыяй папсаваных зубоў, абвастрэньні сталі радзей: выдзяленьні спыніліся, дэфэкты пакрыліся рубцамі, і 5/II—26 г. працэс можна было лічыць скончаным. „Весьма вероятно,—адзначае д-р Ознобищев, процесс в средних ушах возник и поддерживался постоянной инфекцией в полости рта; путь проникновения—Евстахиева труба,—тем более, что в носу у больной имеется набухание слизистых раковин и дыхание через нос затруднено“.

4 выпадак. (Нагляданьні д-ра Пэкера). Хворы Б., 31 год, паступіў у вочную клініку МГУ з прычыны cataracta membranacea traumatica левага вока. 8/II-1927 г. была зроблена апэрацыя экстракцыі катаракты. Да апэрацыі ўзяты пасеў з кан'юктывы, патагенных мікробаў не выявіў. 16/II хворы выпісаўся з клінікі. 25/II зьявіўся ў амбулаторыю клінікі са зьявішчамі ірыто-цыкліту ў суправаждэньні глаўкаматознага прыступу. Пэрыкарнеальная ін'екцыя рэзка выражана. 6/III у сувязі з далучыўшымся да ірыту hyporion, хворы зноў зьмешчаны ў стацыянар. T° 37,2—37,8. Праводзіцца пратэінавая тэрапія і мясцова atropin, scopolamin з cocain'ом. 16/III зьявішчы ірыто-цикліта і hyporion некалькі паслабелі і хворы зноў выпісваецца з клінікі па ўласнаму жаданьню для амбуляторнага лячэньня. У далейшым цячэньні хваробы прыступы ірыдо-цыкліта з hyporion у соправаджэньні глаўкаматозных зьявішч і значнай пэрыкорнеальнай ін'екцыі з рознымі перамежкамі паўтараліся 3 разы і без hyporion яшчэ два разы.

6/IV прызначана ўнутрывеннае ўліваньне цыяністай ртуці (0,5 см. з 1% раствора). 23/IV хворы заўважыў апухласьць шчакі левага боку ў вобласьці верхняй сківіцы, з прычыны чаго зьвярнуўся да зубнога доктара.

27/IV, калі вострыя зьявішчы сьціхлі, быў накіраваны ў ГИЗО, дзе з боку зубоў выяўлены: абмежаваны фокус раздражненьня велічынёй у гарошыну ў обласьці 3 і менш значнае раздражненьне ў обласьці 2. З боку левага вока, вочная шчэліна некалькі вузей правай, верхняе вока апушчана, рэзка выражана пэрыкорнеальная ін'екцыя, зьявішча ірыта ў саправаджэньні глаўкомы. У гэты-жа дзень зроблена рэзэкцыя карней 2,3. На апэксах былі гранулёмы, пасеў з якіх даў чыстую культуру стрэптакока. Пасьля рэзэкцыі азначаецца абвастрэньне з боку вока, але ўжо на наступны дзень, гэта значыць 28/IV, зьявішчы з боку вока амаль што зусім зьніклі, застаецца толькі слаба выражаная пэрыкорнеальная ін'екцыя. 1/V вока спакойна.

Абвешчаныя прафэсарам Стэрыапуло выпадкі ротавага сэпсысу мелі водгук з боку шэрагу расійскіх клініцыстых, якія паведамлялі аб паасобных клінічных нагляданьнях па гэтаму пытаньню.

Прафэсар Флёраў (тэрапэўт) у артыкуле пад назвай „К казуистике криптогенных септицемий“ (Клиническая Медицина № 8-9, 1925 г.) расказвае пра хворую К. 39 год. Паступіла ў больніцу ў лютым мінулага году са скаргай на агульную слабасьць, ліхарадку з высыпкай на целе, руках і нагах, галаўную боль і ламату ў канечнасьцях. Клінічны малюнак хваробы даваў падставу западозрыць у пачатку erythema noolosum. Далейшае цячэньне не пацьвердзіла гэтага дыягназу. На працягу месяца цягнуліся зьявішчы сэптычнай ліхарадкі з віханьнямі тэмпэратуры ад 35,6° да 40,2°, пры чым высыпка то зьяўлялася, то зноў зьнікала. Агульнае становішча пагаршалася, моцная слабасьць, паблядненьне, схуданьне ўсё прагрэсыравалі. Дасьледваньне крыві, рэакцыя Відаля, рэакцыя Васэрмана і дасьледваньне на малярыю ня далі ніякіх вынікаў. Флёраў зьвярнуў увагу на становішча зубоў хворай, пры чым у яе аказалася шмат корняў, рэнтгэнаўскі здымак якіх выявіў значнае раздражэньне косьці ў обласьці верхніх моляраў. Корні гэтыя былі выдалены, пры чым на адным з іх быў кіставідны волух, а на другіх гнойныя запаліцельныя ачагі.

Усьлед за выдаленьнем корняў тэмпэратура ўпала да нормы, высыпка зьнікла і больш не зьяўлялася. Хворая пачала хутка папраўляцца і праз 10 дзён выпісалася ў добрым становішчы.

Прафэсар Спасакукоцкі (хірург), агледзеўшы рэўматыкаў Эльтонскай гразялячэбніцы Р.-У. чыгункі і азнаеміўшыся з высокім % карыёзных зубоў у іх, піша, што да таго часу, пакуль ня будуць зьнішчаны ў гэтых хворых крыніцы рэінфэкцыі—хворыя зубы, % рэцыдываў ня зьменшыцца.

Праф. Ількевіч (гінеколёг), на падставе дасканальна прасьледжаных 3928 выпадкаў пасьляродавай інфэкцыі, прыходзіць да выводу аб магчымасьці пасьляродавай інфэкцыі у выніку пераносу мікробаў праз кроў з гнілых зубоў.

Доктар Тагер у сваёй манаграфіі аб язьве 12-перстнай кішкі ўказвае на тыя абставіны, што профіляктычныя мерапрыемствы ў поласьці роту пры наяўнасьці язвы зьяўляюцца ў некаторых выпадках сур'ёзнай тэрапэўтычнай мерай.

Праф. Зімніцкі і праф. Стражэско ў сваёй заключнай прамове па дакладам аб endocarditis lenta на IX Усесаюзным зьезьдзе тэрапэўтаў, падцьвердзілі значную ролю зубной сыстэмы ў патагэнэзе зацяжных сэптычных захворваньняў.

Багаты фактычны матар'ял, які накапіўся ў сувязі з вывучэньнем праблемы ротавага сэпсісу, не пакідае ніякага сумленьня аб сувязі паміж інфэкцыйнымі працэсамі ў поласьці роту і агульнымі хваробамі. Аднак, дыягназ ротавага сэпсісу, для якога пасьля ўсяго тут сказанага больш падыходзіць, па маёй думцы, назва *мэтастатычнай інфэкцыі, можа быць пакуль што пастаўлены толькі ў тых выпадках, дзе дасканальна ўстаноўлены ачаг інфэкцыі і дзе пасьля зьнішчэньня гэтага ачагу наступіла выздараўленьне або палепшаньне. У сувязі з гэтым колькасьць дыягназаў ротавага сэпсісу, канечна, моцна паменшыцца.* Мне, напрыклад, нават у час працы ў буйнейшых лячэбных установах г. Масквы, удалося наглядаць добрыя вынікі пасьля ўдаленьня зубоў з хранічнымі ачагамі толькі ў некалькіх выпадках почачных захворваньняў, што выразілася ў паніжэньні крывавага даўленьня і зьнікненьня бялка. Аднак, паменшаньне ліку выпадкаў ротавага сэпсісу яшчэ не зьмяншае яго значэньня і ня можа прымусіць нас адмовіцца ад барацьбы з одонтогеннымі ачагамі. Няхай некаторыя клініцысты (Snyder) папракаюць нас тым, што толькі каля 10% выпадкаў даюць вылячэньне або палепшаньне пасьля выдаленьня зубоў. Гэты папрок неабаснаваны, так як 10% вылячэньня пры хранічным сепсісу—гэта значны процант.

Спэцыяльна для стоматолёгіі вучэньне аб ротавым сэпсісу мае вялікае значэньня яшчэ ў адным напрамку, а іменна ў адносіне ацэнкі мэтадаў нашай тэрапіі. Яна прымушае нас больш крытычна паставіцца да нашай штодзеннай дзейнасьці, асабліва ў адносіне лячэньня корняў. Тыя абставіны, што рэнтгэнаўскія дасьледаваньні выяўляюць пэрыапікальныя ачагі ў дэпульпаваных зубоў у 60—70%, яшчэ раз падцьвярджае недасканальнасьць ужываемых намі для лячэньня корняў мэтадаў, якія ня прыводзяць к ліквідацыі дэнтальных ачагоў. Такім чынам Hunter аказваецца правы. На жаль, толькі што пачаўшаяся крытыка мэтадаў кансэрватыўнага зубалячэньня дайшла да адмаўленьня наогул усялякай магчымасьці кансэрватыўнага лячэньня зубоў і вылілася

ў уродлівыя формы. Прыхільнікі такога погляду аб'ядналіся ў так званы 100% Safety club (клюб 100% забесьпячэньня) пад кіраўніцтвам M. Fischer'a і пачалі ўдаляць апэрацыйным шляхам (утварэньне сьлізявапэрыастальнага ласкута, зьнясеньне пярэдняй сьценкі сківіцы, выдаўбліваньне зуба і выскрабліваньне) нават тыя зубы, пульпа ў якіх падлягае дэвіталізацыі і экстырпацыі. Гэта пэрыяд, калі загінулі мільёны „непавінных“ зубоў, на шчасьце скончыўся даволі хутка, галоўным чынам, пад уплывам работ амэрыканскага одонтолёга Hartzell'я. Таксама прызнаючы сувязь паміж дэнтальнымі ачагамі і іншымі захворваньнямі арганізму, Hartzell тым ня менш адмаўляўся ад трактоўкі ўсіх дэпульпіраваных зубоў, як ачагоў інфэкцыі, і рабіў спробы ўстанавіць у кожным паасобным выпадку ступень прычыннай залежнасьці на падставе клінічных сымптомаў. У літаратуры гэта вядома, як „правіла Hartzell'я“. Яно заключаецца ў наступным: калі ў дасьледваемага індывідуума маюцца дэпульпіраваныя зубы, якія клінічна і рэнтгэнаграфічна не выяўляюць ніякіх прыкмет перыапікальных зьмен, дык пытаньне аб удаленьні гэтых зубоў рашаецца ў залежнасьці ад малюнка крыві. Калі пры дасьледваньні крыві знаходзяць лейкацітоз з адначасова паўторнай анэміяй, дык трэба думаць, што інфэкцыйны працэс робіць пасьпехі, што арганізм знаходзіцца ў ім у няроўнай барацьбе, у якой усё роўна раней або пазьней будзе пераможаны і што, значыцца, з боку зубоў, ня маючых пульпы, пагражае небясьпека. Такія выпадкі патрабуюць экстракцыі падазроных зубоў, патрэбнасьць у якой робіцца неадкладнай пры адначасовай наяўнасьці леікапеніі, лімфацітоза і анэміі. Гэтага пункту погляду прытрымліваецца і гэматолёг Daland (Philadelphia), які мае амаль ідэнтычныя вынікі дасьледваньняў. Вядомы гэматолёг Toren (Чыкага), маючы матар'ялаў у 2000 выпадкаў, лічыць, што для ротавага сэпсысу характэрны: 1) паўторная анэмія ў лёгкай ступені, лейкапенія, 3) лімфацытоз з вялікай колькасьцю вялікіх лімфацытаў і4) Turk'овскія клеткі раздражненьня.

Якія-ж практычныя вывады павінен зрабіць стаматолёг з вучэньня аб ротавым сэпсісу?

Намячаючы іх, я, зразумела, выходжу з таго асноўнага палажэньня, што навуковая одонтолёгія ставіць аднэй з асноўных задач распрацоўку такіх мэтадаў кансэрватыўнага зубалячэньня, якія дазволілі-б прывесьці к вылячэньню ня толькі выпадкова выяўленую, але і запалёную пульпу. Як вядома, спробы, якія рабіліся да гэтага часу ў гэтым напрамку, пакуль пасьпехаў ня мелі: пакрыцьцё выпадкова выяўленай пульпы дае толькі каля 70% посьпеху, а мэдыкамэнтозна-кансэрватыўнае лячэньне частковага пульпіту—толькі каля 30% (Böennekenk).

Дзеля гэтага пакуль толькі здаровая пульпа ёсьць абсолютна верны абараняючы сродак супроць інфэкцыйнага пэрыадантыту. Калі-б была вырашана гэтая маленькая праблема, ня было-б праблемы ротавага сэпсісу.

Ва многіх выпадках, калі няма магчымасьці захаваць пульпу або мы ня маем дачыненьня да ўжо распаўшайся пульпы, трэба імкнуцца стварыць у for apicale непраніканы бар'ер, так як адчынены і ня маючы пульпы зуб прадстаўляе сабой рану асаблівага тыпу. Тады як усе раны арганізму праз некаторы час рубцуюцца і эпітэлізуюцца, раны ля зуба, якія мае пульпы, да гэтага ня здольны. У тым месцы, дзе пульпа абрываецца або з якімі гранічыць нэкроз пульпы, не ўтвараецца, як правіла, ніякага эпітэліальнага бар'еру, дзеля таго што эпітэліяльныя астачы, якія маюцца ў пэрыодонце ад эмбрыальнага жыцця зуба, не ўладаюць ні дастатковай сілай, ні дастатковай

адпорнасьцю. Мы ведаем толькі адно мейсца ў чалавечым арганізьме, дзе надворны мір знаходзіцца ў падобным непасрэдным кантакце з унутранымі органамі,—гэта скканчэньне фімбрыі труб, але ў гэтым выпадку гаворыцца аб „нармальным“ становішчы, і ў выпадку запаліцельнага працэсу наступае поўная ізаляцыя. Такім чынам, зубы прадстаўляюць сабою выключэньне, якое ня мае аналёгіі ў паталёгіі чалавечага арганізму, чым і тлумачацца спэцыфічныя асаблівасьці нашых тэрапэўтычных мерапрыёмстваў. Гэтыя асаблівыя мерапрыёмствы заключаюцца ў лячэньні і плёмбаваньні корняў; нідзе больш у мэдыцыне не замяняецца ў полым органе страўная яго частка інародным целам. Калі-б нам удалося, ва што я мала веру, дасягнуць пакрыцьця ўваходаў у пульпавую камеру тоўстым і моцным эпітэліем, дык тады пытаньня аб гранулёме ня было-б у стаматолёгіі: знаходзячыяся ў канале і яго разьвятленьнях мікраарганізмы не маглі-б пранікнуць унутр косьці, дзеля таго што апошняя была-б абаронена такім-жа эпітэліяльным бар‘ерам, як і іншыя мейсцы арганізму.

А між тым, усе мэтады, якія ўжываліся да гэтага часу ў лячэньні і плёмбаваньні корняў, далёкі ад ідэалу. Дасьледваньні Kantorovicz'а паказалі, што пры плёмбаваньні корняў верхніх разцоў, у якіх умовы для ідэальнага плёмбаваньня асабліва добрыя, толькі ў нязначным ліку выпадкаў дасягаюцца здавальняючыя вынікі. Па Nodine ідэальнае плёмбаваньне корняў удаецца толькі ў 10%, а ў 70% усіх лечаных корняў можна ўстанавіць костнае зьмяненьне ў вярхушкі кораню. Апошнюю абставіну я магу пацьвердзіць на вельмі вялікім матар‘яле, які паказвае, што каля 50—60% усіх дэпульпаваных зубоў даюць на рэнтгэнаграмах костныя зьмяненьні ў вярхушак, хаця клінічна на гэта няма ніякіх паказаньняў. Магу яшчэ дабавіць, што гэтыя пэрыапікальныя зьмены, якія адбіваюцца на пазытыўным здымку ў выглядзе больш або менш прасьветленных мейсц з нярэзкімі контурамі (што адпавядае разрэжаным костным белкам) сустракаюцца ня толькі ў вярхушак тых зубоў, якія былі паражаны гангрэнай, але і ў тых, пульпа ў якіх была выдалена доктарам і канал заплёмбаваны.

Хоць і няма дастатковых падстаў, каб apriori клясыфікаваць такія рэнтгэнаграфічна ўстаноўленыя перыапікальныя або маргінальныя зьмены ў спонгіозным слоі сківіцы, як дэнтальныя ачагі інфэкцыі і тым больш было-б грубай прафіляктычнай памылкай пакідаць гэткія небясьпечныя ачагі ў арганізьме, асабліва калі іх так лёгка зьнішчыць. Выходзячы з усяго сказанага, *мы павінны пашырыць рамкі хірургічнага ўмяшацельства пры тэрапіі перыапікальных працэсаў.* У кіраванай мною стаматалёгічнай клініцы БДУ і Одонтолёгічным Інстытуце НКАЗ усе ўстаноўленыя клінічна і рэнтгэнаграфічна гранулёмы выскрэбліваюцца вострай лыжкай пасьля экстракцыі зуба або з дапамогай рэзэкцыі вярхушкі корня з гранулёмэктаміяй, якую мы робім на ўсіх зубах, акрамя, прынцыпова, верхніх зубоў мудрасьці і ўсіх ніжных моляраў.

У галіне кансэрватыўнага зубалячэньня мы павінны па магчымасьці звузіць паказаньні к дэвіталізацыі пульпы і выпрацаваць шануючыя перыадонт мэтады тэрапіі.

Уведзеная Morgenroth‘ом тэрапія дэрыватамі хініна (Eucupin і Wuzin) і дэрыватамі акрыдзіна (Trypaflawin Argoflawin) ужо ўваходзяць у адантолёгічны ўжытак. За вялікую будучыню хэматэрапіі ў кансэрватыўным зубалячэньні гаворыць апісанае Morgenroth‘ом зьявішча, пры якім высока вірулентныя стрэптакокі, узятыя з крыві пацыэнтаў, прыняўшых вялікія дозы Eucupin‘a, паслабляюцца ў сваёй вірулентнасьці і адначасова зьніжаюць гэмолітычны ўзрост.

Таксама і зубалячэбнае пратэзаваньне павінна пазбавіцца ад ланцугоў мэханістычнага напрамку і ўступіць на шлях навуковага разьвіцьця. *Трэба ўхіляцца канструкцый, якія зьвязаны з неабходнасьцю дэвіталізацыі пульпы, ухіляцца каронак, краі якіх траўматызуюць парадэнтальныя тканіны, спыніць устаноўку нязьёмных пратэзаў на зубах, становішча карней якіх не праверана бактэрыолёгічна і рэнтгэналёгічна.*

Аб тым, які інтэрас як і раней выклікае праблема ротавага сэпсісу,—можна бачыць таксама з паведамленьня нашага прадстаўніка на кангрэсе па сацыяльнай гігіене ў Парыжы, арганізаваным Лігай Чырвоных Крыжоў, М. І. Барсукова: большасьць дакладаў і экспанатаў на выстаўцы, асабліва амэрыканскіх і ангельскіх, былі прысьвечаны гігіене поласьці роту з пункту погляду ротавага сэпсісу.

Нават у Нямеччыне скептыцызм, пасеяны, галоўным чынам, Schottmuller'ом, пачынае паступова спадаць. У гэтым сэнсе вельмі цікава думка выдатнага нямецкага клініцыста фон-Ноордэна. У сваёй манаграфіі, якая трактуе аб памылках у дыагнозе пры хваробах стрававальнага тракту, паджалудачнай залозы і брушыны, фон-Нордэн гаворыць: „Очень многие случаи с непонятным („криптогенетическим“) субсептическим, временами лихорадочным состоянием и соответственно ухудшенным общим самочувствием, с токсическим косвенным влиянием на желудок, кишки (анафилактические поносы), почки, сердце, сосудистую систему, кровь, периферические нервы, суставы и т. п. удалось об'яснить инфекционными очагами на верхушках корней зубов и излечить путем удаления соответствующих зубов“... „У нас этот новооткрытый факт недостаточно используется в диагностических и терапевтических целях, и в результате довольно часто борьба с затяжными болезнями ведется не коренным образом, лишь систематически“.

Усё гэта, канечна, ня значыць, што хірургі і тэрапэўты павінны адмовіцца ад сваіх мэтадаў тэрапіі сэпсісу. *Але было-б вялікай памылкай выкрэсьліць гэткі вялікі разьдзел, як вучэньне аб ротавым сэпсісу, з аналіза паталёгіі сэптычных захворваньняў і пабудовы пляна іх тэрапіі,* тым больш, што гэта не дало-б магчымасьці падзьвінуць наперад вывучэньне некаторых, яшчэ дастаткова ня ясных, бакоў праблемы ротавага сэпсісу.

Выпадак паветранай эмболіі пры пашкоджаньні venae cavae inferioris.

(З Патолёгаанатамічнага Інстытуту БДУ дырэктар праф. І. Т. Цітоў).

В. І. Глод-Вяршук

Выпадкі сьмерці ад паветранай эмболіі маюць больш тэорэтычную цікавасьць, чымся практычную. Патолёгаанатом часта стаіць на раздарожжы пры тлумачэньні прычыны сьмерці ад пранікаўньня паветра ў вены, бо і дагэтуль няма сярод вучоных адзінае думкі ў гэтым пытаньні.

9 сакавіка бягучага году намі было зроблена располацьце трупа жанчыны, якая за некалькі дзён да гэтага паступіла ў гінэколёгічнае аддзяленьне 1 Сав. Б-цы з прычыны пухліны ў поласьці жывата.

На апэрацыйным стале была знойдзена злоякасная вопухаль правае надныраччае залозы, зьлітаванае з акружаючымі органамі і, паміж іншым, і са сьценкаю venae cavae inferiaris.

Пры разлучаньні зрошчаньняў выпадкова была паранена названая вена, куды раптоўна папала паветра. Апэратар д-р Клумаў адзначае, што ясна быў слышны прысасываючы гук і роўна праз 30 сэкунд, ня гледзячы на ўсе тэрапэўтычныя мерапрыемствы, хворая сканала.

На ўскрыцьці мы знайшлі ў сэрцы (ускрытым пад вадою) некалькі пухіроў паветра, а ў art pulmonalis пеністую кроў, у астальных судзінах цела ніякіх асаблівасьцяў. У сьценцы ven cavae Infer., у месцы ўпаду vena suprarenalis dextra, знойдзена была дзірка даўжынёю ў 3 см. наглуха зашытая чатырмя швамі.

Выпадкі сьмерці ад раптоўнага пранікаўньня паветра ў крывяносныя судзіны жывёліны былі вядомы даўно. Так яшчэ Harder у 1864 годзе ў Базелі ўвадзіў у vena jugularis сабакі паветра, ад чаго наступала мамэнтальная сьмерць жывёлы. Спантанны ўваход паветра першы раз наглядаў Verrier у 1806 годзе ў каня; у час пусканьня крыві на шыі конь раптоўна здох,—на сэкцыі была знойдзена пеністая кроў у сэрцы і ў судзінах.

Першыя паведамленьні аб паветранай эмболіі ў чалавека належаць да Magendii і Dupuytren'a і адносяцца да 1821 і 1824 гадоў. Пасьля гэтага было абвешчана шмат выпадкаў паветранай эмболіі, якая наступала пры пашкоджаньні вен, у час розных апэрацый у ваколіцы шыі, грудзей, у поласьці чэрапу, пры акушэрскіх апэрацыях, пры арродыях судзін страўніку круглай язвай, пры пусканьні крыві з пэрыфэрычных вен, пры налажэньні pneumothorax'a і інш. У большасьці выпадкаў сьмерць наступала раптоўна, суправаджаючыся сударагамі і ўскрыкваньнем, часам бяз прыметных сымптомаў, зрэдку пасьля некаторага часу і яшчэ радзей здаралася, што пацыент выздараўліваў.

Усе аўтары цалкам згаджаюцца з тэй думкай, што асабліва небясьпечнымі, у сэнсе ўваходу паветра, зьяўляецца пашкоджаньне буйных вен паблізу сэрца з адмоўным ціскам, якія знаходзяцца ў сфэры пры-

сасываючай дзейнасьці грудное клеткі. Пры пранікацьні паветра ў кроў праз больш-менш адлеглыя ад сэрца судзіны, заўсёды можна адзначыць тыя ці іншыя спрыяючыя моманты, чыста мэханічнага характару, як, напрыклад: высокае палажэньне лагва пры акушэрскіх і гінэколёгічных апэрацыях, якое вызывае ўчашчэньне дыханьня; спастычнае скарачэньне страўніку пры крывяцячэньнях у апошнім, якое дапамагае мэханічнаму ўціскаиьню газаў у зьяючыя судзіны дна язвы і інш.

У час уваходу паветра, па даных большасьці аўтараў, чутны клакочучы, прыхлёбываючы гук у месцы пашкоджаньня вены і зараз-жа зьяўляецца шум у ваколіцы сэрца; адначасова пэркусіяй можна ўстанавіць тут тымпанічны гук.

Таксама адзначаецца хуткае наступленьне расстройства сэрцавай дзейнасьці і дыханьня. Даныя экспэрымэнту ў агульных нарысах саўпадаюць са зьявішчамі спантаннай паветранай эмболіі, праўда, у дэталях часам сустракаюцца некаторая розьніца. Паведамленьні аб знаходках пры ўскрыцьці людзей, а таксама экспэрымэнтальных жывёлін, памёршых ад паветранай эмболіі, надта рознастайныя. У той час, як адны аўтары паказваюць на прысутнасьць паветра ва ўсіх судзінах цела, другія знаходзілі яго толькі ў поласьці правага сэрца або толькі ў буйных венах, трэцьці прыдавалі выключнае значэньне паветру, якое яны знаходзілі ў судзінах мазгоў і г. д. Hübl прыводзіць выпадак, дзе з пэўнасьцю была ўстаноўлена прысутнасьць пухіроў паветра ў судзінах лёгкіх, у коронарных артэрыях і нават у судзінах сьпінных мазгоў. Амаль усе аўтары падкрэсьліваюць, што правае сэрца ў большасьці выпадкаў зьяўляецца рэзка пашыраным і перапоўненым паветрам. Вядомы выпадкі, калі сэрца ад вагромністай колькасьці знаходзячагася ў ім паветра прымала форму кулі і, выдзеленае з перавязанымі судзінамі з трупа, свабодна плавала па вадзе.

Пры спробе падыйсьці да разьвязаньня пытаньня аб прычынах сьмерці пры паветранай эмболіі, розныя дасьледчыкі прыходзяць да самых рознастайных, часам рызыкоўных вывадаў, што часткова тлумачыцца недакладным акрэсьленьнем находак пры ўскрыцьці. Наогул, як у даўнейшыя часы, так і сучасны момант распаўсюджаны галоўным чынам тры тэорыі: лёгачная, мазгавая і сэрцавая—у залежнасьці ад пярвічнага паражэньня аднаго з названых органаў.

Кожная з іх мае досыць значны лік сваіх староньнікаў. Колькасьць прыхільнікаў першай (лёгачнай) тэорыі параўнаўча нешматлікая, свае умазаключэньні яны будуюць наступным чынам: паветра з правага сэрца праніхаецца ў art. pulmonalis да самых дробных капіляраў, эмболізуюць іх і дзякуючы гэтаму спыняецца зварот крыві ў малым кругу. Некаторыя аўтары лічаць самым шкодным момантам награваньне паветра ў лёгкіх, пашырэньне яго аб'ёму, што абумоўлівае разрыў судзін і ўтварэньне эмфізэмы. Прыхільнікі мозгавае тэорыі адносяць прычыну сьмерці да закупаркі паветрам судзін, якія аджыўляюць важныя жыцьцёвыя цэнтры. І, урэшце, абаронцы сэрцавай тэорыі, якая налічвае найбольшую колькасьць прыхільнікаў, бачаць прычыну сьмерці ў паралічу сэрца, прычым мэханізм яго наступленьня тлумачаць парознаму. Тутка галоўным чынам фігуруе вострая недастатковасьць цяглiцы ад перарасьцягненьня яе сагрэтым у поласьці сэрца паветрам з адначасовай недастатковасьцю заслонак, якія перашкоджваюць працы правага сэрца і не даюць яму прагнаць кроў праз лёгкія, выклікаючы гэтым вострае расстройства цыркуляцыі ў малым кругу і астаноўку сэрца. Адным з найбольш перакананых абаронцаў сэрцавай тэорыі быў Cohnheim са сваімі вучнямі, які, грунтуючыся на даных экспэрымэнту, зусім ня прымаў лёгачнае тэорыі: пры асьцярожным увядзеньні знач-

нага аб'ёму паветра ў вены жывёлін апошнія пераносілі яго досыць лёгка. З гэтага ён заключаў, што блёкада паветрам лёгачнай артэрыі, пры моцным сэрцы асаблівай шкоды жывёліне ня прыносіць. Цэлы шраг навуковых разважаньняў паставіў пад пытаньне правільнасьць доказаў Cohnheim'а і па прапанове Orth'а, для вырашэньня справы, яго вучань Wolf зрабіў вопыты на сабаках, у vena jugularis dextra ўводзілася доўгая канюля, злучаная са шпрыцам; сьценка судзіны старанна прымацоўвалася да канюлі. Ін'екцыя выконвалася пад мінімальным ціскам. Сэкцыя рабілася зараз-жа пасьля сьмерці жывёлы з вялікімі прадасьцярогамі. На ўсіх ускрыцьцях сэрцы былі напоўнены паветрам і давалі фэномэн Amussat; пагружаныя ў ваду, яны плавалі, прычым правая палова была накіравана ўверх і трымала левую, якая мела тэндэнцыю апусьціцца на дно пасудзіны. Выявілася, што патрэбна нязначнай колькасьці паветра, каб утрымаць орган на паверхні вады; нават пасьля ўскрыцьця поласьцяй сэрца, яно толькі тагды тоне ў вадзе, калі яго выцісьнеш, як губку, і гэткім чынам выдаліш паветра, якое знаходзіцца паміж папілярнымі цягліцамі. Цікава адзначыць, што пры паветранай эмболіі звычайна сэрца доўга скарачаецца пасьля сьмерці жывёліны; у вадным з вопытаў, нават пасьля эксцызыі сэрца з трупа сабакі і паложанае ў цёплую ваду, яно скарачалася больш гадзіны. Скарачэньне надта добра было выяўлена ў правай палове, у якой было паветра, левая-ж працавала слабей, як быццам падштурхнутая працай правага сэрца. Трэба думаць, што тут дзейнічае неабсорбіраваны тлён, які знаходзіцца ў сэрцы і раздражае нэрвовы апарат сэрца, што дае імпульс да скарачэньня цягліцы. Ужо даўно вядомы факт узбуджаньня сэрцавых скарачэньняў у мёртвых жывёлін і нават у чалавека шляхам увядзеньня паветра ў венозную сыстэму. Гэтыя скарачэньні часам працягваліся некалькі гадзін.

Сваімі экспэрымэнтамі Wolf даказаў, што паветра з правага сэрца паступае ў лёгачныя капіляры, але што ў вялікі круг звароту крыві яно пранікае зусім у нязначнай колькасьці; на гэтай падставе аўтар адносіцца скэптычна да паведамленьняў аб знаходках вялікай колькасьці паветра ў вялікім кругу; згодна яго думцы, справа йшла або аб гніласных газах, або аб паветры, якое ўвайшло ў судзіны ў час ускрыцьця.

Водлуг апініі большасьці сучасных дасьледчыкаў, толькі праз адкрыты foramen ovale паветра можа пранікнуць у вялікі круг звароту крыві. Як ні проста здаецца на першы погляд пытаньне аб тым, ці прахадзімы лёгачныя капіляры для паветра ці не, аднак разьвязаць яго ня так лёгка—доказам гэтага зьяўляюцца жвавыя спрэчкі ў літаратуры, якія вядуцца і да сучаснага моманту.

Пры правядзеньні сваіх вопытаў Wolf устанавіў, што колькасьць азначанага паветра ў судзіннай сыстэме жывёліны на ўскрыцьці менш аб'ёму ін'ецыраванага. Калі лічыць, што тлён рэзорбіраваўся і што застаўся толькі азот, то і ў гэткім выпадку па вылічэньнях аўтара, яго павінна быць шмат болей, чымся яго было знойдзена. Дзякуючы асаблівасьцям пабудовы валасных судзін лёгкага, яны маюць неаднолькавы ціск са ўсіх бакоў ад акружаючых тканак, бо частка сьценкі, зьвернутая ў атворыну альвэалы, зьяўляецца стончанай для больш лёгкага праніканьня ў іх тлёну; у гэтым-то месцы паветра, водлуг пераканаьня Wolf'а, з судзін можа пранікаць ў альвэолы, а адтуль з выхадам у надвор'е. Зусім зразумела, што таксама ёсьць магчымасьць пранікаьня асобных паветраных пухірыкаў у лёгачныя вены, левае сэрца і вялікі круг, якія могуць эмболізаваць судзіны аджыўляючыя жыцьцёвыя цэнтры галоўнага і сьпінных мазгоў, або коронарныя артэрыі, і выклікаць раптоўную сьмерць.

Усе гэтыя выпадкі, праўда, сустракаюцца надта рэдка. Прыблізна да такіх самых вынікаў прыходзіць Bergstrandt у сваёй працы 1925 г.; ён знаходзіў зусім нязначную колькасьць паветра ў вялікім кругу экспэрымэнтальных жывёл і тлумачыць гэта зьявішча тым, што паветра, якое перайшло праз лёгачныя капіляры, распыляецца на такія маленькія пухірыкі, што, пападаючы ў такім стане ў левае сэрца, надта хутка разносяцца па ўсяму арганізму; прычым аўтар думае, што паветра, прайшоўшае праз лёгачную сецьць капіляраў, зьяўляецца ўжо нешкадлівым у сэнсе далейшых эмболіяў. Сьмерць, водлуг думкі гэтага дасьледчыка, наступае ад паралічу цэнтру дыханьня пры зьявішчах вострай анэміі мазгоў, якая залежыць ад рэзкага падзеньня крывянога ціску ў сыстэме аорты. Падзеньне-ж ціску адбываецца толькі пры сапраўднай эмболізацыі паветрам прэкапіляраў лёгачнага кругу. Сьмяротнай колькасьцю эмболізуючага паветра для чалавека Bergstrandt лічыць 75—100 кб. см.

Таксама цікава праца Halelhorst'а 1926 г.; аўтар прыйшоў да вынікаў, што паветра ня можа перамагчы сыстэму лёгачных валасьнікоў, затрымоўваючыся ў прэкапілярных судзінах. Згодна яго даных, ён ніколі не знаходзіў паветра ні ў левым сэрцы, ні ў вялікім кругу звароту крыві. Уводзячы паветра ў vena femoralis сабакі з ускрытай груднюй клеткай, ён праверыў рух паветра на рэнтгенаграме. Паветра, накапліваючыся ў art. pulmonalis, рэзка павышала ціск у сыстэме гэтае судзіны, выклікаючы расстройства дзейнасьці сэрца, а потым поўнае спыненьне яго. І, урэшце, у аднэй з апошніх прац, абвешчанай ў Archiv für Klin. Chir. за 1927 год, Frey'ямам, знаходзім наступныя вынікі вопытаў дасьледчыка: паветра пры зарошчаным Foramen ovale праз лёгачныя капіляры ў вялікі круг не праходзіць; паветраныя масы зьбіраюцца ў правым сэрцы і ў сыстэме лёгачнай артэрыі; прысутнасьць нават досыць значнай масы паветра не абцяжвае сэрцавай дзейнасьці настолькі, каб выклікаць пярвічнае спыненьне сэрца; клінічныя зьявішчы пры паветранай эмболіі залежаць ад колькасьці і ад хуткасьці, з якой паветра паступае ў судзіны; сьмерць пры паветранай эмболіі адбываецца ад унутранага задушэньня, дзякуючы эмболізацыі Art. pulmonalis. Сэрцавую і мозгавую тэорыі сьмерці аўтар зусім адкідае.

Гэткім чынам, прымаючы пад увагу ўсё вышэйадзначанае, мы бачым, што, ня гледзячы на старанную распрацоўку і вагромністую зацікаўленасьць шматлікімі экспэрымэнтатарамі пытаньнем аб паветранай эмболіі, прычыны сьмерці пры ёй усё-ж немагчыма лічыць разьвязанымі канчаткова.

Заканчваючы свой артыкул, лічым неабходным каротка спыніцца на паветранай эмболіі артэрый.

Яна, праўда, мае больш тэорэтычную цікавасьць, але-ж разам з тым мае і практычнае значэньне пры тлумачэньні некаторых выпадкаў сьмерці пры працах у кесонах.

Ужо пры ўвядзеньні невялічкай колькасьці паветра ў артэрыяльную сыстэму, наступае раптоўная сьмерць, якая часам праводзіцца няпрытомнасьцю, сударагамі, параплегіямі і г. д., сымптомамі, узьнікшымі ад эмболіі цэнтральнай нэрвовай сыстэмы. На сэкцыі звычайна знаходзяць паветра ва ўсіх судзінах вялікага кругу звароту крыві і гіперэмію лёгкіх. Калі ўдаецца пратрымаць жывёліну пры жыцьці некаторы час, то ў рэзультаце можна бачыць мноства нэкрозаў у рознастойных органах. Розьніца паміж венознай і артэрыяльнай паветранай эмболіяй відавочна сама па сабе.

Што датычыцца тэрапэўтычных мерапрыемстваў пры пагрозе або пры адбыўшайся паветранай эмболіі, то іх прапануюць шмат.

Самай надзейнай абаронай супроць пранікшага ў вены паветра зьяўляецца пабудова нашага арганізму з анатомічнымі асаблівасьцямі пабудовы лёгачных капіляраў, якія, водлуг думкі Wolf'а маюць магчымасьць выводзіць паветра ў поласьць альвеол.

У якасьці профілактычных сродкаў, некаторыя хірургі раяць увільгатняць апэрацыйнае поле з прычыны таго, што сухасьць яго судзейнічае паветранай эмболіі. Рада Lafargue'а рабіць апэрацыю пад вадою мае толькі гістарычную цікавасьць, але ў даўнейшыя часы зьяўлялася найбольш пэўным, хоць і цяжка выконваемым, спосабам унікнуць паветранай эмболіі.

Пры канстатаваньні факту пранікненьня паветра, трэба зараз-жа закрыць пальцам зьяючую вену. У выпадку паяўленьня зьявішч расстройства дыханьня і дзейнасьці сэрца, трэба пастарацца выціснуць паветра і з судзіны ў напрамку той атворы, праз якую яно ўвайшло або, калі гэта немагчыма, неабходна спрабаваць выціснуць паветра з лёгкіх, выклікаючы кашаль ці рвоту. Wolf раіць уліваньне салявага раствору ў пашкоджаную вену. Робяць рытмічныя сьцісканьні грудной клеткі з пераменным націсканьнем на пашкоджаную вену. Часам праз ускрытую Vena subclavia з процілеглай стараны ўдаецца вывесьці большую часьць паветра. Amussat прапануе адсасываць паветра з сэрца праз трубку, уведзеную ў рану да самага прысэрдка. Пункцыя правага сэрца звычайна не дае ніякіх вынікаў.

Пенные ванны и парафиновая упаковка (по заграничным впечатлениям).

Марков Д. А.

Если совершенно оставить в стороне рекламное выпячивание пенных ванн и парафиновой упаковки, как это имеет место особенно в частных лечебных учреждениях Германии, то все же нельзя не видеть в этих в первую очередь гипертермирующих процедурах довольно новых и довольно своеобразных физиотерапевтических агентов (Fürstenberg, Behrend, Clemm, Arzt, Löwenstein, Hoffstaedt, Tissot).

Насколько нам известно пенные ванны и парафиновая упаковка не получили еще своего признания и распространения в нашем Союзе да и сам этот вопрос, повидимому, еще не дебатировался в советской, общей и специальной литературе. С указанными методами лечения нам пришлось познакомиться, главным образом, в Берлине в физиотерапевтических институтах Schönenberger'а и Laquer'а.

Что касается до пенных ванн, то они, в сущности говоря, из известных в физиотерапии методов ближе всего примыкают к ваннам с газообразными примесями и представляют из себя своеобразный „физиотерапевтический аггрегат", в котором два давно взвестных лечебных фактора—воздух (resp. CO_2 и O) и вода взяты в новом соединении—пене. Эта пенная терапия пользуется преимущественно физикальной пеной (примером которой могут служить „битые" сливки), которая получается в результате насыщения воды с примесью пенообразователя тем или другим газом.

В качестве пенообразователя должно употребляться вещество (в „Sandor—Schaum растительный экстракт с последующей пеной нейтральной реакции без запаха и вкуса), как и мыло, резко понижающее поверхностное натяжение воды и тем облегчающее тонкое газообразное распыление, а кроме того оно должно обладать свойством образовывать тягучую, цепкую массу—„пленку". Такая пенная масса при распаде может быть снова и снова образована при любой температуре воды и воздуха, обладает очень большой устойчивостью, может состоять из различных газов (кислород, CO_2, воздух) и наконец может содержать другие примеси в зависимости от назначения (соль, сосновый экстракт, ментол, серные препараты и т. д.). Пена, полученная при помощи напр. газораспылителя особой конструкции типа „Sandor'а", представляет собою смесь из 10 проц. воды и 90 проц. воздуха. Обычно („Sandor"—Voll—Schaumbad) для получения напр. воздушно-пенной массы ванна наполняется „основной" водой на высоту 7—10 ст. (t^o в зависимости от назначения ванны), в воде размешивается приблизительно 40 gr. пенообразователя, а само пенообразование продолжается 12—15 минут. Одним из главных свойств подобной пены является ее незначительная теплопроводность, ибо заключенный в пузырьках пены неподвижный воздух служит хорошим изолятором тепла. Отсюда температура основной массы воды доволь-

но долго может сохраняться. С другой стороны сама пенная масса, обычно, на несколько градусов ниже температуры водянога слоя. Последнее обстоятельство и позволяет рассматривать воздушно-пенные ванны как двухслойные ванны с контрастным действием двух сред различной температуры, при чем воздействие температуры водяного слоя, как более удаленной от индифферентной точки, является преобладающим, а более прохладная температура самой пены делает всю процедуру легко переносимой. К этому присоединяются еще крайне малое гидростатическое давление пенной ванны ($^1/_{10}$ давления обычной водяной ванны той же высоты) и механический фактор в виде массирующего воздействия оседающих и лопающихся пузырьков.

В такой воздух содержащей „ватной упаковки“ создаются благоприятные условия для лечения „перегреванием“ — застойным теплом и организм начинает потеть, иногда, через 5—10′ при температуре пены в 28—33 С., с повышением окислительных процессов (потение лежа—это также известное преимущество). Обмен веществ можно еще усилить назначением некоторых движений в пенной ванне, которые значительно затрудняются при большом слое вязкой пенистой массы. К тому же пене несвойствен „выталкивающий“ фактор воды. Любопытно, что кровяное давление в подобных ваннах несколько падает (особенно при артериальной гипертонии), частота пульса изменяется очень незначительно, перегревание организма также не достигает больших степеней (0,1—1,5 С.) и вся процедура по сравнению с русской баней, паровой ванной, грязевой ванной, горячей водяной ванной и т. п. теплопридающими агентами не являются обременительной для сердечно-сосудистой системы. В этом смысле „Sandor“ ванны некоторые авторы (Clemm) приравнивают к ваннам по Hauffe и отсюда же крылатая популярная фраза „Schwitze ohne Hitze“, характеризующая пенную терапию в широком немецком быту. Показания к воздушно-пенным ваннам сводятся гл. обр. к назначению их при различных формах ревматизма (здесь следовательно преимущества сердцещадящей терапии), нарушения обмена веществ (ожирение, подагра), известных формах артериосклероза, при хроническом отравлении металлами, к лечению мононевритов, полоневритов, невролгий и некоторых хронически-воспалительных заболеваний женской половой сферы.

В то время как пена, получающаяся в результате химической реакции, содержит неизменно CO_2, в физикальной пене воздух м. б. прежде всего заменен кислородом и подобная кислородно-пенная ванна при температуре в 28—30 С служит хорошим седативным средством при обще-невротических состояниях с явлениями бессоницы, при климактерических и других эндокринно-вегетативных неврозах и невропатиях. Малое гидростатическое давление, нежное раздражение периферических чувствующих окончаний пузырьками кислорода, теплоизолирующее пенное покрывало, позволяющее довольно длительно поддерживать равномерную, невысокую температуру и наконец вполне „эстетический“ вид ванны в качестве психического фактора—в совокупности создают приятную, успокаивающую процедуру.

Само собою разумеется, что здесь можно получить еще одну модификацию в виде углекислых ванн с пенным покрывалом. Нужно только указать, что физикальная углекислая пена образуется гораздо медленнее, чем воздушная и кислородная и является более нежной и слизистой массой. Для ускорения пенообразования здесь рекомендуется брать двойное количество экстракта пенообразователя. Независимо от теоретических воззрений на физиологической эффект ванн насыщенных углекислотою (Goldscheider, H. Winternitz, Groedel, O. Müller, Schator,

Frankenhäuser, Kraus, Schott, Strasburger, Laquer, Вермель и т. д;), „Sander“ CO_2 ванны по сравнению с обычными искусственно-углекислыми ваннами имеют практические преимущества, сводящиеся к более точной дозировке и более мелкому распылению, к возможности пользоваться более низкими и равномерными температурами, благодаря пенному покрывалу, препятствующему теплоотдаче воды, к меньшей может быть ядовитости CO_2 благодаря изолирующему влиянию пенной массы и к возможности получать равномерное „Spudelung“ за все время ванны.

Любопытно, что некоторые авторы (Fürstchunberg, Behred) указывают на появление характерного покраснения кожи и приятного чувства тепла не только на небольшой части тела, находящейся в воде, но и на соответствующих местах, погруженных в прохладную углекислую пену, как это имеет место в так наз. „сухих“ газовых ваннах и камерах (Franzensbad). Показания к применению пенных углекислых ванн мало отличаются от показанной к обычным углекислым ваннам. Особую популярность приобрели они при болезнях сердца, при чем здесь, повидимому, можно получить в зависимости от температуры ванны (и м. б. количества „основной“ воды) процедуру или „облегающую“ работу сердца или „упражняющую“ сердечно-сосудистую систему.

В последнее время в качестве особого метода теплолечения стали применять в Германии жидкий горячий парафин в воде общей и местной процедуры. При общей парафиновой упаковке, которая особенно часто употребляется для лечения ожирения, все тело обмазывается (на 1/2 часа) жидким парафином (или парафин распыляется) при температуре приблизительно 55°С. При этом парафин очень быстро застывает и образует вокруг тела, при быстро наступающем потоотделении, своего рода влажную камеру. При местном воздействии, обычно, берется жидкий парафин (около 70—75°), намазывается кисточкой на соответствующую поверхность тела (можно брать и другие вещества, получающиеся из парафина при различных точках плавления), а последняя в свою очередь покрывается тонким слоем ваты, пропитанной в горячем парафине. Сверху же вся эта область, в целях изоляции теплопотери, обертывается еще толстым слоем ваты или фланелевым бинтом.

„Парафиновая припарка“ с такой высокой температурой является сильным термическим раздражителем, но вследствие отсутствия воды в парафине, переносится кожей довольно легко и вызывает, повидимому, рефлекторным путем (припомним зоны Head'a) гиперемию в более глубоких тканях со всеми вытекающими отсюда терапевтическими последствиями. При более обширных областях (напр. лечение ишиаса) м. б. использован „фракционный“ метод малых полей в целях устранения быстрого охлаждения парафина.

Мы полагаем также, что указанная „парафиновая припарка“ особенно уместна в качестве сильного термического раздражителя при так наз. сегментарной рефлекторно-вегетативной терапии и может быть здесь применена на ряду с „грязевыми воротниками“, „поясами“ (Щербак, Бельский, Емельянов, Тыкочинская, Алферьевский), „гальваническим воротником“, ультрафиолетовым горчичным, глиняным и т. п. „воротниками“ при различных заболеваниях из области неврологии, офтальмологии, отиатрии, дерматологии и т. д. в расчете на положительное изменение вегетативной иннервации (упорядочение лимфо-кровообращения, урегулирование обмена веществ, восстановление ионного равновесия, изменение гемато-энцефалического барьера и т. д.) в соответств. области (наприм. при „парафиновом воротнике“—воздействие на

нижние шейные и два верхних грудных сегмента medullas spinalis с заложенными в них вегетативными центрами для иннервации обл. черепа, мозга, высших органов чувств и т. д.).

Для применения пенных ванн в наших условиях необходимо обзавестись соответствующим пенообразователем и установкой для распыления газов („Sandor"—Verteiler с принадлежностями стоит 300 — 420 марок). С общей же точки зрения можно использовать и другие виды пены с приготовлением ее ручным способом. Наконец, можно сконструировать и несложный аппарат—распылитель, где различные газы под давлением нагнетались бы из баллона в систему маленьких деревянных призм, плавающих в „основной" воде. Мелкое газораспыление здесь могло бы получиться благодаря прохождению газообразных сред через естественные норы этих деревяных брусков.

В отношении парафиновой упаковки желательно поискать материал (хотя-бы животные жиры и т. д.) с соответствующим качеством и точкой плавления, который мог бы быть использован в наших условиях.

Досьлед ужываньня надныркавай залозы пры лячэньні Адысонавай хваробы.

Р. Гінзбург і Б. Кудзелька.

За 6 гадоў існаваньня нашай клінікі, пры агульным ліку хворых каля 6000 чалавек, былі толькі 3 выпадкі Адысонавай хваробы.

Што датычыцца да лячэньня гэтай хваробы, дык некаторыя аўтары дакляруюць перасаджваньне надныркавых залоз, хаця апісаны выпадкі, дзе надныраччнікі хутка рассасваюцца (Плятнёў). Пры люэсе надныраччнікаў добрыя вынікі дае спэцыфічная тэрапія, хоць з дыягностыкай люэсу надныраччнікаў трэба быць вельмі асьцярожным. Пры люэсе надныркавых залоз рэакцыя Wassermann'а можа быць станоўчай да 70%. (Выпадак апісаны Капіца). У літаратуры апісаны выпадкі пасьпяховага лячэньня цірэозінам. Розенблят у сваёй працы: „Сутнасьць Адысонавай хваробы і новыя шляхі да яе лячэньня“ гаворыць: „Дзіўна, што да гэтага часу яшчэ ніхто не спрабаваў лячыць Адысонаву хваробу шляхам ужываньня надныркавай залозы. Адысонава хвароба—хвароба, наступаючая з прычыны выпадзеньня функцыі надныраччнікаў і лячэньне яе павінна ісьці па таму-ж шляху“—Similia similibus gaudet. Мы пры лячэньні нашай хворай, якая знаходзілася ў вельмі цяжкім становішчы, адважыліся ўвесьці ёй той інгрэдыент, недахоп якога выклікаў у яе вельмі цяжкую астэнію, адзінамію, гіпатонію і бронзавую афарбоўку скуры,—гэта значыць сьвежую надныркавую залозу з адрэнолінам.

Хворая Э-н, 37 гадоў, паступіла ў 1-ую тэрапэўтычную клініку 29 лютага 1928 г. з скаргамі на агульную слабасьць, біцьцё сэрца, боль у суставах рук і ног, кепскі апэтыт, нудоту, а часамі і ваніты, кружэньне галавы і рэзка цёмную афарбоўку скуры твару тыльных паверхоўвасьцяй рук і сьлізавых абалонак паражніны роту.

У кастрычніку 1927 г. у хворай зьявіўся катар носу і боль пры глытаньні, з падвышэньнем t^0 да 38^0. У хуткім часе да вышэйадзначаных зьявішчаў далучылася нудота, ваніты да 4—5 разоў у пару, агульная слабасьць і боль у правым падскабкі. Хворая настолькі адчувала сябе дрэнна, што прымушана была легчы ў ложак, дзе пралежала каля 2-х тыдняў. Праз 2 тыдні наступіла некаторае палепшаньне, t^0 зьнізілася да нормы, боль у горле таксама спынілася. Ня гледзячы на агульную слабасьць, хворая прыступіла да выконваньня сваіх штодзённых абавязкаў хатняй гаспадыні. Устаўшы, хворая ў пяршыню зьвярнула ўвагу на надта цёмны колер скуры твару і рук, чаго раней, са слоў хворай, не прыкмячала, хоць заўсёды была смуглай. Сьлізявыя абалонкі губ, асабліва з унутранага боку, языка і цьвёрдага нёбу таксама прынялі цёмную афарбоўку і дзе-ні-дзе як быццам былі запэцканы атрамантам. Акрамя гэтага на твары зьявіліся чорныя крапкі, велічынёю з шпількавую галоўку. Прапрацаваўшы каля 2-х тыдняў, хворая ізноў прымушана была легчы ў ложак з-за моцнай агульнай слабасьці і далучыўшыхся боляй у суставах верхніх і ніжніх канцавін і правым

падскабкі. Лячыўшыя яе дактары, на працягу 2-х месяцаў, дыягназавалі ў той час падагру і жаўцёва-каменную хваробу. Прызначанае лячэньне ніякага эфэкту не дало, а нават, наадварот, да вышэй адзначаных зьявішчаў далучылася кружэньне галавы, сударажнае паторгваньне цягліц верхніх і ніжніх канцавін, млявасьць пры спробе ўставаньня і біцьцё сэрца. Убачыўшы, што вынікі лячэньня вельмі дрэнныя, хворую ў вельмі цяжкім становішчы ў першых лічбах лютага 1928 г. прывезьлі на амбуляторны прыём у 1-ую тэраўпэтычную клініку, дзе дыягназавалі Morbus Addossonii. Хворай былі прызначаны ўпрыскваньні sol Adrenalini 1,0 : 1000,0, па 1 куб. 2 р. у дзень і Phytoni. Праз 2 тыдні хворая ізноў зьявілася на амбуляторны прыём з прыкметнымі адзнакамі палепшаньня агульнага становішча і дзеля больш дасканалага назіраньня і лячэньня была накіравана ў клініку. Status praeseus. У хворай рэзкая адыномія, t^0 36,3-36,4 Pul-92. P, малага напоўненьня і напруджаньня, рытмічны. Лік дыханьняў у 1'—21. Скура твару шыі, тыльныя паверхні рук і сыскі афарбованы ў цёмна-бронзавы колер; акрамя таго, на твары, падбародку і вобласьці носавусных складак многа чорных кропак, велічынёю з шпількавую галоўку. Сьлізьявыя абалонкі губ, асабліва з нутранага боку, зыку і цьвёрдага нёбу дзе-ні-дзе афарбованы ў цёмна-сіні колер і як быццам выпэцканы атрамантам. Апэтыт кепскі, нудота, а часамі і ваніты, без усялякай сувязі з прыймом стравы. Пры мікраскапічным дасьледваньні калу знойдзены яйкі Ascaris lunibricoides Бэнзыдзіновая рэакцыя—адмоўная. Жывот мяккі, пры пэркусіі раўнамерны тымпаніт. Печані, касіца не прамацваюцца і пэркуторна не павялічаны. Кашлю няма. Граніцы лёгкіх у норме. Усюду ясны лёгачны гук, выключаючы ніжнія аддзелы, дзе гук з каробкавым адценьнем. Пры аўскультацыі, акрамя нязначнага выдыху ў вобласьці правай верхавіны,—нічога асаблівага не праслухоўваецца. Рэнтгэнаўскае дасьледваньне лёгкіх—норма. Рэакцыя Pirquet'a

100%	30%	10%	3%
+	+	+	+

Прамер сэрца $\frac{8^1/_2 \times 3^1/_2}{3}$ сан. Сісталічны шум на верхавіне; на астатніх кляпанах праслухоўваюцца чыстыя тоны. Рэнтгэнаўскае дасьледваньне сэрца—норма. Крывяны ціск Mx—83, Mn—45. Лімфатычныя залозы не павялічаны і не прамацваюцца. Дасьледваньне крыві: Hb—86%, Er.—4.300.000, лейкацытаў 14.000. Лейкацытарная формула:

$$N \begin{matrix} C—35^1/_2 \\ n—2 \end{matrix} \Big\} \; 37^1/_2\%$$

Колькасьць цукру ў крыві па Hagedorn'у 0,02%

Лімфац. $50^1/_2\%$
Эозінаф. $5^1/_2\%$
Манац. $1^1/_2\%$

Рэакцыя асяданьня эрытрацытаў па Панчэнкаву в 1 г.—40 мм
2 „ —43 „

Рэакцыя Wassermann'a і Meinicke—адмоўная рэзыстэнтнасьць эрытрацытаў па Limbeck'у—Mn—52, Mx—34 Menstrua з 16 год, працягам па 4—5 дзён не багатыя, не балючы; апошнія 21 сакавіка 1928 г. Было 2 цяжарнасьці, якія закончыліся тэрміновымі родамі. У час menstrua хворая адчувае сябе значна слабей і горш.

Колер мачы—нармальны. Удзельная вага — 1015. Цукру, бялку, індыкану, урабіліну ня знойдзена. Дыязарэакцыя—адмоўная. У ападку каморкі плоскага эпітэлія і адзіночныя лейкацыты.

Лячэньне. У першы-ж дзень паступлення хворай у клініку ёй прызначаны ўпрыскаваньні sol Adrenalini 1.0 : 1000.0, па 1 куб., 2 р. у дзень і Phyxini па 0,4. З прычыны таго, што хворая адчувала сябе кепска пасьля ўпрыскваньня (слабасьць, паторгваньне), доза адрэналіну была зьменшана да 0,5 2 р. у дзень. Акрамя вышэйадзначанай тэрапіі, на 5 дзень знахаджэньня ў клініцы хворай былі прызначаны 2 сырых валоўіх надныркавых залозы. Надныpачнікі даваліся хворай 1 раз у дзень мелкапакрышаныя, здобраныя перцам, цыбуляй і агуркамі. З прычыны таго, што надныpачнікі хворая пераносіла добра, страўнікава-кішэчных парушэньняў ня было, праз 8 дзён быў далучан яшчэ 1 надныpачнік. Пасьля месяцу знахаджэньня ў клініцы, хворая стала адчуваць сябе значна лепш: мышэчная слабасьць зьменшылася, зьявіўся апэтыт, пачала вольна хадзіць па палаце і калідору, цёмна бронзавая афарбоўка скураных пакрыцьцяў рук і твару пасьвятлела; цёмна-сінія плямы сьлізявых абалонак вуснаў, языка і цьвёрдага нёбу зьменшыліся, хворая значна стала блядней.

У час паступлення ў клініку.	Праз 4 месяцы ўжываньня надныpачнікаў.
1) Рэсслабасьць, хворая ляжыць.	Вольна ходзіць, праходзіць пеша 8—10 кварталаў.
2) Рэзка бронзавая афарбоўка скуры, рук, твару і сьлізьявых абалонак.	Пігментацыя значна зьменшылася, зьявіўся румянец.
3) Апэтыт кепскі, дыспэптыльныя зьявішчы (ваніты, нудота).	Добры, адсутнічаюць.
4) Вага 3 п. 12 ф.	3 п. 10 ф.
5) Крывяны ціск. Mx.—83, Mn.—45.	Mx—85, Mn—55.
6) Hb—86%. Er.—4.300.000.	87%, 5950.000.
7) Лейкацытарная формула: Лімфацытаў 50 1/2%. Нейтрафіл 37 1/2%.	35 1/2%, 50 1/2%.
8) Цукру ў крыві 0,02%.	019%.

Абагульняючы даныя лячэньня, атрыманыя ў нашай хворай упрыскваньнямі адрэналіну і ўжываньнем сырых надныркавых залоз, мы маем магчымасьць адзначыць, што самапачуцьцё яе значна палепшылася, зьнікла ранейшая рэзкая адынамія, зьменшылася пігментацыя, дыспэнтычныя зьявішчы зьнікл і, апэтыт стаў добры. Пры адсутнічаньні гліказурыі, колькасьць цукру ў крыві павялічылася з 0,02% да 019%. З боку крыві—павялічылася колькасьць чырвоных крывяных кулек, ранейшы лімфацытоз зьменшыўся. У сучасны момант агульнае становішча хворай добрае, яна цалкам працаздольна, працягвае ўжываць наднаркавыя залозы.

Анестезия „поперечного разреза“ при ампутациях.

Г. А. Суханов.

Начало применения местной анестезии при ампутациях относится к 1899 году, когда она впервые была применена Гелшером. В 1913 г. Гопмер применил анестезию „поперечного разреза“ в комбинации с регионарпарной периневральной ин'екцией анестезирующего вещества в крупные нервные стволы. Сиверс и Шилинг применяли эту анестезию путем инфильтрации места разреза между двумя жгутами.

В 1918 г. проф. Шааком и у нас в Республике были произведены ампутации при анестезии „поперечного разреза“ с блестящим успехом. В 1920 г. несколько ампутаций при помощи этой-же анестезии проделал и д-р Гусев на материале Ветлужской больницы.

Нами эта анестезия начала применяться с 1921 г. во время моей службы в Сасовской Нарбольнице, Рязанской губ., и окончательно принята в „обиход“ в 1924 г. в хирург. отд. Спасской уездно-городской б-це, Ряз. губ. За пять с лишком лет произведено 47 ампутаций по различным поводам как на верхних, так и на нижних конечностях исключительно под анестезией „поперечного разреза“. В 1927-28 учебном году проампутированы шесть больных и во 2-й хирург. клинике Белорусского университета под этой-же анестезией. Результаты получились весьма утешительные.

Анестезия применялась у всех больных: у стариков, у лиц средних лет и в молодом возрасте и даже два раза у детей в возрасте 6 и 9 л.

Применяя анестезию „поперечного разреза“ при амптуациях на своих больных, Шаак вначале употреблял 1% раствор новокаина с адреналином в количестве 60—75,0 и только в конце своей статьи указывает, что можно брать и $^1/_2$ % новокаин и вводить его до 150—200,0.

Д-р Гусев вначале употреблял 1% кокаин в количестве 30,0, а во втором своем случае 75,0 $^1/_2$% новокаина.

Проф. Шаак отмечает хорошую анестезию, Гусев-же говорит, что „полной безболезненности, правда, не было, но не было и сильных болей“. Техника нашего отделения сводилась к следующему. Берется $^1/_2$ % новокаин, свеже-приготовленный на Aq. destillati и кипятится 5 минут, остуживается до t⁰ тела. Перед употреблением прибавляется адреналин (15 капель на 100,0 раствора).

Больному за 20 минут до операции впрыскивается кубик 1% морфия. На операционном столе накладывается жгут и производится круговая анестезия, как указывает проф. Шаак в своем руководстве „Местное обезболивание в хирургии“, т.-е. инфильтрируется по линии разреза кожа и подкожная клетчатка; затем, отступив на 2 пальца выше, через несколько „желваков“, я беру их три, прозводятся уколы до кости, через которые инфильтрируются все мышцы конечности, при чем в места прохождения нервных стволов и их ответвлений впрыскивается довольно большое количество новокаина. Через 10 минут начиналась операция. Боли почти отсутствовали и если наблюдались, то были крайне ничтожны.

Как правило, при укорочении нервных стволов в окружность их и даже в культю нерва впрыскивалось 3—5,0 новокаина. Тогда и этот акт производился безболезненно.

На каждую операцию в среднем тратилось 140—180,0 раствора новокаина.

Наблюдая произведенные 53 ампутации, можно отметить, что течение и заживление ран при анестезии „поперечного разреза“ ничуть не хуже, чем при др. видах наркоза.

Из 53 ампутированных у 41 наблюдалось первичное заживление культи, у 8—per secundam и у 4-х полное расхождение культи с большим гнойным отделяемым и омертвением тканей. Последние больные были: 2 с запущенным разможжением конечностей, один с головной флегмоной на почве огнестрельного ранения из самодельного пистолета и одна с хрон. множественным остеомиэлитом голени и бедра.

Послеоперационные боли при анестезии „поперечного разреза“ отмечались в сильной степени у 2 больных, у остальных-же они или отсутствовали или были в незначительной степени—во всяком случае не более, чем после применения до способов анестезий. Отмечу только, что при ампутации бедра боли выражены сильнее, чем при ампутации голени, при ампутации плеча интенсивнее, чем при ампутации предплечья. Во всяком случае кубик 1% морфия или 2% pantopon'a великолепно устраняли эти боли.

Психического „шока“, как осложнения анестезии „поперечного разреза“ не наблюдалось совершенно. Один раз отмечались признаки психического угнетения, случившегося во время анестезии у больной „интеллигентного труда“, крайне нервной учительницы, страдавшей спонтанной гангреной стопы. Эти явления быстро исчезли после первого разреза кожи, когда больная воочию убедилась, что „ее режут, а ей только чуточку больно“. Операция, ампутация голени в средней трети, была доведена до конца без применения ингаляционнаго наркоза.

Обыкновенно, как правило, всем впечатлитительным, боязливым, нервнонастроенным больным, дабы отвлечь их больное внимание от боязни боли, полагалось 3,0 эфира (Aetherrausch), после чего вся ампутация проходила гладко. Подобных б-ных зарегистрировано трое, все они, между прочим, сельские учительницы. Заканчивая свои наблюдения над проделанными ампутациями можно сказать, что абсолютной безболезненности анестезия „поперечного разреза“, конечно, не дает, но что она проста, технически удобно выполнима, безопасна для жизни б-го, почти безболезненна, вызывая только иногда кратковременную боль при перерезывании нервных стволов и предпочтительна перед общим эфирно-хлороформенным наркозом и спинно-мозговой анестезией—это неоспоримый факт. Не нужно забывать только, как уже указано выше, при укорочении нервных культей, впрыскивать в толщу культи и в окружающую клетчатку несколько грамм ½% новокаина.

Особенно применима анестезия „поперечного разреза“ в условиях уездно-сельской работы, где скудость в наркотизаторе и недостаток, вообще, квалифицированнаго помогающего персонала, особенно дает себя чувствовать и операции этого рода могут быть легко и быстро производимы с одной лишь фельдшерицей.

Резюмируя все сказанное, можно придти к следующим выводам:

1. Анестезия „поперечного разреза“ применима вообще при ампутациях и является безопасной для жизни.

2. Все больные, одержимые легочными и сердечными заболеваниями и требующие ампутаций, должны быть оперированы под анестезией „поперечного разреза“.

3. Это-же самое можно отнести к вообще ослабленным и изнуренным суб'ектам.

4. Больные с легко ранимой и нестойкой нервной системой перед началом ампутации помимо анестезии „поперечнаго разреза“, должны получить aetherrausch.

5. Будучи технически несложной анестезия „поперечного разреза“— легко применима в условиях работы сельского хирурга.

Литература:

1) Проф. Шаак и Андреев — „Местное обезболивание в хирургии“. 2) „Проф. Шаак:—„Местная анестезия поперечного разреза при ампутации бедра“ (Нов. хир. Архив № 22—23), 3) Konig Fritz. Mego klin. № 7. 1923 г., 4) Konig Fritz. Z. f. Chir. № 39. 1923 г., 5) Д-р Гусев— „К вопросу о местной анестезии поперечного разреза при ампутациях. (Каз. мед. журнал).

Ці магчыма пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць давесьці да 0?

В. О. Марзон.

Прайшоўшы цяжкі, цярністы шлях хірурга ў правінцыі, на якіх школай і вучыцелем былі жыцьцё і праца, я ва ўсіх няўдачных выпадках мучыўся пытаньнем: мабыць гэтая няўдача ад таго, што я нідзе ня вучыўся ў клініцы ў карыфэеў хірургіі? Гэты момант зьявіўся стымулам строгіх адносін да пытаньняў дыагностыкі (без дыагнозу опэрацыя ня робіцца), паказаньняў да опэрацыі опэрацыйнай тэхнікі і многім іншым, зьвязаным з хірургічнай дзейнасьцю. У выпадках няўдачы я заўсёды вельмі мучыўся: былі моманты блізкія да самагубства. Каму з хірургаў не вядомы гэтыя моманты страшэнных мучэньняў пасьля сьмерці хворага, які сам ішоў на опэрацыйны стол і прывітаў з усьмешкаю хірурга? Шукаў я апраўданьня ў такіх выпадках у статыстычных лічбовых даных, якія гавораць за няўхільнасьць падобных выпадкаў. Але ўсё-ж такі і гэта не давала спакою, таму што і ад самай статыстыкі, якая гаворыць аб падобнай сьмерці, вее няпрыемнасьцю. За тое як добра рабілася ўнутры сябе, калі чытаеш, што ў праф. Отта ня было ніводнай сьмерці пры выдаленьні маціцы праз похву. Праўда, і ў мяне ня было сьмерці пры гэтым мэтодзе выдаленьня маціцы. Але праф. Отта выдаліў гэтакім спосабам многа соцень, а я толькі дзесяткі. Я ў гэтых выпадках больш жадаў-бы сам памерці замест хворага, які памірае.

Сколькі-б справаздач мы ня чыталі аб дзейнасьці хірургічных больніц і паасобных хірургаў, усюды знаходзім гэтую сьмерць.

Натуральна, зьяўляецца пытаньне: ці можна ўхіліцца ад падобнай сьмерці?

Першай умовай, якая можа зьнізіць гэтую сьмяротнасьць, зьяўляюцца адносіны доктара да хворага. Доктар-хірург павінен быць чалавекам, які любіць хворага, як свайго брата, а не глядзіць на яго як на „опэрацыйны матар'ял“. Перад тым, як параіць хвораму опэравацца трэба сябе паставіць на яго месцы. Мне ўспамінаюцца такія выпадкі, калі хворы, якому трэба зрабіць цяжкую опэрацыю ў поласьці жывата, гаворыць: „у мяне 7 дзяцей, я жыць хачу для іх; прашу вас, як бацьку і друга, сказаць: можна опэравацца мне ці не? Што адказаць? Тут прыходзіцца ўзважваць усе даныя. Бываюць выпадкі, калі я ня раіў хворым опэравацца. Калі-б мы адносіліся да хворых, як да блізкіх нам людзей і калі-б мы цанілі жыцьцё іншых, як сваё, тады-б пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць была-б меншая. Часам апрача зацікаўленасьці ў опэрацыйным выпадку, яшчэ горш, бывае і зацікаўленасьць матар'яльная.

Аднаго разу зьвярнуўся ў больніцу хворы, які непасрэдна выпісаўся з аднэй з прыватных лячэбніц сталічнага гораду. Ён быў опэраваны з прычыны грыжы. Я-ж у яго знайшоў пухліну ныркі. Калі я ў

хворага запытаў ці была гэтая пухліна до опэрацыі, ён адказаў, — што была, але доктар казаў, што яе, калі я папраўлюся будуць опэраваць. Хворы памёр праз тры дні. Доктар Ярхо ўскрыў яго і мы на сэкцыйным стале выдалілі вялікую сухотную нырку. Навошта была зроблена опэрацыя грыжасячэньня?

Другая ўмова, гэта імкненьне да пэўнай, абгрунтаванай на лёгіцы дыагностыцы. Ня можна опэраваць без вызначанага дыагноза, таму што гэта можа даць кепскія вынікі. Возьмем, напрыклад, наступны выпадак: хворая захварэла раптам тыдзень таму; зьявілася моцная боль, былі ваніты, тэмпэратура падвысілася. Пры аглядзе знайшлі: жывот ніжэй пупка моцна ўздула, баліць, пэркуторна маецца тупасьць; пры двуручным дасьледаваньні—як-бы пухліна, якая конфігуруецца. Тэмпэратура 38,5; пульс 120. Што можа быць? Анамнэз ня поўны, таму што больш ад хворай нельга атрымаць. Дыфэрэнцыраваць прыходзіцца паміж перакручанай кістой, па-за мацічнай цяжарнасьцю і пэрфарацыйным апэндыцытам, які даў абмежаваны пэрытаніт. Рэакцыя асаджэньня эрытроцытаў, як роўна і формула лейкоцытаў па А. Ш. і самы гіпэрлейкоцытоз для дыфэрэнцыраваньня на 7-ы дзень захварэньня не зьяўляюцца надзейнымі. Застаецца зьвярнуць увагу момантамі на конфігурацыю жывата ў час хларафармаваньня. Калі конфігурацыя не зьмяняецца, дык гэта кіста; калі канфігурацыя зьмяняецца, дык гэта пэрытаніт альбо па-за мацічная цяжарнасьць. Бываюць выпадкі, дзе і бяз гэтага лёгка паставіць дыагноз у сувязі з наяўнасьцю яскравых прымет: затрымка месячных гаворыць пра сходнасьць на па-за мацічную цяжарнасьць; паказаньні на былую пухліну ў поласьці жывата да захварэньня—на перакручаную кісту; констатаваньне былых прыпадкаў з падвышаннай тэмпэратурай—на апэндыцыт. Пры прахаджэньні ныркавых камней жывот ня бывае ўздуты. Я не ўдаюся ў дасканальную дыфэрэнцыроўку захварэньняў, таму што мэтай маёй было толькі паказаць, што дыфэрэнцыраваць трэба, таму што ад гэтага залежыць паказаньне тэй ці іншай сьпешнасьці опэрацыі і месца разрэзу. Калі пры наяўнасьці гнойнага пэрытаніта зробіце разрэз крыху вышэй месца асушкаваньня гнайніка, што неабходна пры перакруч. кісьце і пападзеце на гнайнік, дык згубіце хворую ад разьлітага пэрытаніту. Калі шчасьлівы выпадак ня выратуе яе ад гэтага няшчасьця. Хірург без дыагностыкі ня доктар, не прадстаўнік навукі, а рамесьнік.

Хірург, жадаючы рабіць вялікія опэрацыі, павінен дасканала ўладаць опэрацыйнай тэхнікай, дзеля чаго патрэбен даволі вялікі практычны стаж, доўгасьць якога залежыць ад індывідуальнай здольнасьці. У даным выпадку я згодзен з прыпісаным праф. Більроту выразам, што пасьпехі хірургіі спачываюць на гары трупаў. Разумеючы так, што пасьпехі паасобных хірургаў тым больш спачываюць на трупах, чым раней ён бярэцца ў самастойнай працы за вялікія і складаныя выпадкі. У доктара Майо проц. сьмяротнасьці пры опэрацыях на жоўчным шляху да 1910 г. быў 7,8%; у 1921 г.—6,8%; у 1922 г. 3,8%, а цяпер яшчэ меншы. У праф. Отта пры выдаленьні мацицы з прычыны фібраміомы на 904 выпадкі проц. сьмяротнасьці—1,3. На апошнія 321 выпадак—ніводнай сьмерці.

Ня меншае значэньне, чым тры вышэйвыказаныя ўмовы, мае дружная праца ўсіх працаўнікоў хірургічнага аддзяленьня. Толькі тады, калі ўсе працаўнікі будуць дружны, калі кожнаму працаўніку дарага імя ўстановы, у якой ён працуе, калі ўсе шануюць жыцьцё хворых, мучаюцца за кожнага хворага, калі ўсякая няўдача—агульная бяда, толькі тады можа быць мала пасьляопэрацыйных сьмярцей.

Ордынатар, рыхтуючы хворага, не прапусьціць St. l., міакардыта базэдавізма, закрытай формы сухоты, вагатанію і г. д.

Сястра строга дакладна рыхтуе матар'ял і струманты. Мне вядомы выпадкі, калі майму таварышу былі даны сьвядома не праварыныя струманты. Успомніце 11 пасьляопэрацыйных сэнсісаў у два опэрацыйных дні інакенцьцеўскай больніцы. Спачатку грамадзянскай вайны да мяне прыбыў хворы з Масквы, у якога была зроблена рызэкцыя рабра. Я ў яго выдаліў дзьве трубкі з поласьці плеўры. Другі выпадак быў у 14 годзе. Хворага опэравалі год таму назад, у аднэй з Кіеўскіх лячэбных установ. Скардзіцца на болі ў грудзёх на месцы опэрацыйнага шраму. Я знайшоў у поласьці грудзей тампон каля аршыну даўжынёй. Значыць ня было праўдзівага падліку тампона. Быў і ў мяне выпадак такі: опэрацыя ў поласьці жывата. Пасьля опэрацыі не хапіла аднага кровяспынальнага пінцэту. Хворая была зноў узята на стол; поласьць жывата ўскрыта, усюды абшукаў, пінцэта не знайшоў. У наступны дзень пінцет знойдзены ў кішэні халату, куды ён выпадкова ўпаў з опэрацыйнага стала. Я не шкадаваў, што ў другі раз ускрыў поласьць жывата. Падлік сарветак і струмантаў можа быць дасканалым і чэсным толькі пры сьвядомай, зацікаўленай і дружнай працы.

Строгія адносіны да хлараформнага і іншых відаў наркозу і анастэзіі і ўменьне ўстанаўліваць супроцьпаказаньні да таго ці іншага віду наркозу дасьць добрыя вынікі. Але часта недастаткова і аднаго ўменьня. Тут патрэбна асаблівая чуласьць, вышэйшая напружанасьць увагі. Я зрабіў больш 10.000 апэрацый, з іх больш паловы пад хлараформеным наркозам, сьмерці-ж ад хлараформенага наркозу ніводнай ня было, ня гледзячы на тое, што хлёрафарматарам зьяўляецца фэльчарыца. Я бачыў выпадкі ў аднэй з Ленінградзкіх больніц, дзе хлёрафарматарам быў усім вядомы доктар. Опэрацыя была па нязначнаму выпадку; была прагледжана воля і хворая памерла на стале. Тут-жа скажу, што опэруючы пры опэрацыях у поласьці жывата можна папярэдзіць бяду ня толькі сачыўшы за колерам крыві, але і за *тургурам* кішак. Калі тургор кішак зьнікае і кішкі, як лахманы, апушчаюцца на дно поласьці жывата, дык трэба ведаць, што блізка бяда, альбо ўжо наступіла, але яшчэ не заўважана хлёрафарматарам.

Правільны пасьляопэрацыйны дагляд стаіць у сувязі з дысцыплініроўкай і адданасьцю працы ўсяго пэрсаналу. А ад пасьляопэрацыйнага дагляду залежаць вынікі опэрацыі. У мяне быў выпадак у 1927 годзе, калі я опэраваў жанчыну гемофілічку з кістой яечніка. Апэрацыя была скончана а першай гадзіне дню. А ў трэцяй гадзіне дню хворая ўжо была без пульсу. Сястра, якая была пры опэрацыі, заўважыла нязвычайную бледнасьць хворай, і, западозрыўшы крывацёк, пачала рыхтавацца да апэрацыі і паслала за мной. Праз 15 хвілін ужо зноў быў ускрыты жывот і ў ім знойдзена шмат крыві. Толькі наступная тампанада ў поласьці жывата, якая ідзе *да культа* шырокай ножкі пухліны (кіста была часткова інтралігамэнтарнай), спыніла крывацечу. Хворая выратавана дзякуючы ўважлівым адносінам пэрсаналу.

У сваёй працы я імкнуўся стварыць такія абставіны, каб выканаць усе патрабаваньні, на якіх застанаўліваўся. Якія маюцца дасягненьні? Вазьму тыпічныя опэрацыя, якія прыходзілася рабіць на лёгічных паказаньнях пасьля таго, як хвораму растлумачана, якая ў яго хвароба, якую трэба зрабіць опэрацыю, што і без опэрацыі ён можа жыць, пасьля таго, як хворыя прачытваюць кнігу профэсара Опта: „Успехи современной хирургии“ і Дзітэрыкса: „Душа хирурга“. Значыць хворы ідзе сьвядома на опэрацыйны стол. Я зрабіў выбарку такіх опэрацый за апошнія 5 год і вось якія маюцца вынікі:

1. Выдаленьне маціцы, похвы брушным спосабам—82 выпадкі. Паказаньнем да выдаленьня была кровацеч з прычыны міомы і раку,—сьмерць у адным выпадку: ад двохбаковай пневманіі на шосты дзень пры наяўнасьці хваробы сэрца, але опэраваць было неабходна з прычыны кровацечы. Сьмерць была прадбачана.

2. Язва страўніка і 12-перетн. кішкі—52 гастроентэрыстамія—ніводнай сьмерці.

3. Рэзэнцый страўніка з прычыны раку страўніка—3; сьмерць—0.

4. Опэрацыя на жоўчным пухіры, жоўчных пратоках,—31. Былі такія выпадкі: эмп і эма жоўчнага пухіра, два выпадкі камянёў агульнажоўчнага пратоку, камні ў тканцы печанёў, два выпадкі камнеў, якія засталіся ў пухірным пратоку, з іх у адным выпадку была пэрфорацыя пратоку,—сьмярцей адна ад эмболіі правай лёгачнай артэрыі.

5. Опэрацыя на нырках, мочаточніках і мачавым пузыры—46, у тым ліку 9 нефрэктаміі і 9 перасадак мочаточніку. Сьмярцей—4: адна пасьля нефрэктаміі з прычыны піонэфроза ад урэміі і 3 пасьля перасадкі мочаточніку.

6. Вальлёў 12, сьмерць адна.

7. Кістоў яечніка *на ножке* і антралігам. 102, з іх перакруч. 16, сьмярцей няма.

8. Апэндактаміі—719, сьмярцей адна ў вострай стадыі: апісана у справаздачы на 1925 г.

9. Грыжай—96, ніводнай сьмерці.

10. Радыкальных опэрацый пярэдняга вуха антратом і трэп. сасцоў адросткі—80, сьмярцей 2: да опэрацыі ў абодвых выпадках быў гнойны менінгіт.

11. Трэпанацыі з прычыны галаўной вадзянкі і Джэксон эпілепс—9. Сьмярцей—1, пасьля опэрацыі з прычыны галаўной вадзянкі.

12. Опэрацыі з прычыны сухотнага перытаніту і сухоты забрушын. залоз—54. Сьмярцей—1. Быў процэс у лёгкіх і тэмп. была да опэрацыі 38,5. Опэраваны з прычыны бязвыхаднасьці становішча і па патрабаваньню хворага.

Гэткім чынам на даную групу опэрацый, вытвараным мною асабіста, процант сьмяротнасьці раўняецца 1. Калі-б я ўзяў усе опэрацыі, дык процант сьмяротнасьці быў-бы некалькі больш, але ня больш, як 2%. Вялікі процант сьмяротнасьці (да 30) даюць ілеўсы і гнойныя пэратаніты. Па-за мацічная цяжарнасьць—4%, артапэдычныя опэрацыі не даюць сьмяротнасьцяй. Я ўзяў такія опэрацыі, дзе хворы можа выбіраць: опэравацца яму альбо не опэравацца. Калі опэравацца, дык у каго. Акрамя гэтага, кожная з гэтых опэрацый у масе дае вызначаны процант сьмяротнасьці.

Вынікі гавораць за тое, што процант сьмяротнасьці можна зьнізіць, але ўхіліцца немагчыма. Ня ўсё можна ўлічыць, ня ўсё ў нашай моцы і магчымасьці.

НАГЛЯДАНЬНІ З ПРАКТЫКІ.

Да пытаньня аб лячэньні acne vulgaris унутрывеннымі ўліваньнямі 10% хлёрыду вапеня.

З Менскага Вэнэролёгічнага Дыспансэру (Загадчык *А. Н. Шапіра*).

Башмакова С. М. і Шапіра А. Н.

У № 23, 1927 г. „Dermafologische Wochenschrift“ доктар Сірота паведаміў аб пасьпяховым лячэньні acne vulgaris унутрывеннымі ўліваньнямі 10% рошчыну хлёрыду вапеня; ён уліваў кожныя 3 дні 5 куб. см., даводзячы гэтыя ўліваньні да 10—15 на курс лячэньня; выпадкі былі ўзяты галоўным чынам такія, якія ўпарта не паддаваліся лячэньню іншымі мэтодамі і значным паражэньнем твары, грудзей і сьпіны.

Дасьледаваньні Packheisera, Pulas і інш. устанавілі, што колькасьць соляй вапеню ў арганізьме і крыві пры розных скурных захварэньнях бывае рознай у залежнасьці ад таго ці іншага захварэньня. Досьлед ужываньня Сіротай вапеню пры некаторых скурных захварэньнях і вынікі вывучэньня *зьмесьціва* вапеню ў крыві скурных хворых, у пасобку пры acne vulgaris, якое дало пэўнае адхіленьне, падала думку Сіроце ўжываць Cael$_2$ у якасьці тэрапэўтычнага спосабу ўплыву пры лячэньні.

Д-р Штэйн, які ўжываў з добрымі вынікамі 10% рошчын Cael$_2$ унутрывенна ў адным выпадку экзэмы на глебе эксудацыйнага дыатэзу, лічыць, што ваганьне агульнай колькасьці соляй адыгрывае значную ролю і чаргаваньні паталёгічных працэсаў у чалавечым організме. За Са прызнае сынэргічнае дзеяньне на сымпатычную нэрвовую сыстэму.

Ня маючы надзейных сродкаў лячэньня acne, як мы ўжо вышэй паказалі, і заўсёдную наяўнасьць вялікага ліку хворых, якія запаўняюць прыёмы скурнага габінэту, з аднаго боку, удачныя вынікі Сіроты, з другога—прымусілі нас ужываць гэты мэтод лячэньня. Усяго лячылася 65 чал., з іх мужчын—53, жанчын—12; па ўзросту хворыя разьмеркаваны наступным чынам: ад 16—18 год—37 чалавек, 19—21—25 чал. 22-23—2 чал., звыш 24 г.—1 чалавек.

Ад 6—10 уліваньняў атрымалі 21 чалавек, ад 11—18—5 чал., ад 19—22—38 чал., больш 22 уліваньняў—1 чалавек. Ува ўсіх хворых было значнае высыпаньне acne на сьпіне, грудзёх і твары, у большасьці прышчы, у паасобныя пусталёзныя гнойнікі. Большая частка хворых да ўнутрывенных уліваньняў Cacl лячылася мязямі і сьпірытусам, а таксама ўнутранымі лякарствамі, частка выключна падпала гэтаму лячэньню. Якіх-небудзь ускладненьняў, бурных мясцовых альбо агульных рэакцый, падвышэньня тэмпэратуры мы не наглядалі, за выключэньнем суб'ектыўных скаргаў на адчуваньне жару, які даволі хутка праходзіў.

Атрыманыя намі вынікі пасьля ўнутрывенных уліваньняў магчыма падзяліць на 3 групы: у першай—34 выпадкі, ніякага тэрапэўтычнага эфэкту; у другой—19 выпадкаў—часовае палепшаньне, а потым зноў рэцыдыў, у трэцяй—12 выпадкаў—нязначнае палепшаньне, аддалё

ныя вынікі гэтай групы не маглі быць праверany. Устанавіць якуюнебудзь сувязь паміж полам, узростам і колькасьцю ўліваньняў на атрыманыя вынікі, на падставе нашага матар'ялу няможна. Можна толькі констатаваць, што больш упартыя выпадкі не паддаваліся лячэньню.

Такім чынам мы бачым, што рэальных вынікаў ад ужываньня $CaCl_2$ нам атрымаць не ўдалося. Прымаючы пад увагу, што ўсе мэтоды ўнутрывенных уліваньняў, наогул, не зьяўляюцца бясьпечнымі і заўсёды можна атрымаць нечаканыя няпрыемныя выпадкі, у выглядзе розных ускладненьняў (праўда, гэтых ускладненьняў мы не наглядалі), нам усё-ж такі ад гэтага мэтоду прышлося адмовіцца. Намі абраны іншы шлях, які дае можа такія-ж спрыяльныя вынікі, але які зьяўляецца бязумоўна бясьпечным і менш марудным.

У сучасны момант для лячэньня acne vulgaris мы ўжываем Suefur jodatum у геэмэопатычных дозах, спосаб лячэньня вельмі дзяшовы, надзвычайна просты. Па сканчэньні нагляданьняў паведамім вынікі.

Літаратура: А. И. Поспелов. „Руководство к изучению кожных болезней—1915 г.

Антонова-Яковлева і Марков.—„Вакцинотерапия при acne vulgaris—Новое в медецине 1908 г.

Sirota—Dermatol. Wochenschirft,—1927 г., № 23.

Штейн—„Кальций при экземе на почве эксудативного диатеза—Врачебная газета“ 1924 г. № 10.

Выпадак паддужкавага абсцэсу дэнтальнага пахаджэньня.

Загадчык Дацэнт *Я. М. Старабінскі.*

Катэдра Стаматалёгіі БДУ **Ю. К. Меятліцкі.**

Выпадкі лёкалізацыі сьвішчаў зубнога пахаджэньня на адлегласьці ня рэдкі і сустракаюцца ў практыцы кожнага стаматалёга. Яны ўзьнікаюць звычайна ў выніку асаблівай захаванай паўзучай формы хранічнага запаленьня абалонкі кораню зуба, якое называецца хранічным гранулірующым пэрыяданцітам. Радзей сустракаюцца выпадкі аданта-гэных абсцэсаў адлеглай лёкалізацыі. Да ліку апошніх адносіцца і наш выпадак, вельмі цікавы па свайму цячэньню і выніку.

Anamnesis. 13/4—1928 г. у стаматалёгічную клініку БДУ зьвярнуўся гр. П-коў, 28 год, з скаргамі на болі, вопухаль шыі, немагчымасьць кратаць галаву і на труднасьць глытаць і дыхаць. Акрамя таго, хворы скардзіўся на балючасьць і пухліну дзясла вакол левага ніжняга зуба мудрасьці.

Хворы забалеў з месяц назад. Адразу пачаў балець ніжні зуб мудрасьці, а потым зьявілася вопухаль шчакі і язычнай паверхні сківіцы. Хворы лячыўся саграваючымі кампрэсамі і цёплымі паласканьнямі настою румянкі. Праляжаўшы два тыдні, хворы аправіўся і стаў да працы. Праз тры дні пасьля гэтага зноў зьявілася пухліна на шыі, стала цяжка глытаць і кратаць галаву. Паднялася тэмпэратура, пагоршылася агульнае становішча. Status praesens. T 38,6° P. 116. Добрага напаўненьня, рытмічны. З боку ўнутраных органаў, ніякіх адхіленьняў. Агульнае становішча цяжка хворага чалавека.

Шчыльны інфільтрат бочнай паверхні шыі ў вобласьці m-li sterno-cleido-mastoidei зьлева і флюктуіруючая вопухаль на ½ см. вышэй мейсца узмацненьня m-li Sterno-cleido-mastoidei да дужкі. Падсківічныя лімфатычныя залозы павялічаны і балючы. Пачырваненьне і ацёк сьлізістай абалочкі ў вобласьці ∠8, зуб баліць пры пэркусыі і хістаецца. Дзясла каля зуба з лінгвальнага боку, ацёчна, адхілена ад касьці, пры націску выцякае з-пад дзясла бруд. |5.6.7 зьнішчаны, засталіся корані, трызм сківіц другой ступені.

Пры пальпацыі вопухалі над дужкай выцякае бруд з-пад дзясла ∠8.

Д ы а г н а з: Periostitis acuta mandibulae et abscessus supraclavicul. Пад рэгыянарнай анэстэзыяй з галіны n. Tridemini вырваны ∠8, а таксама корані |5.6.7. Абсцэс над дужкай ускрыт, у інцізыйную рану ўведзена турунду з рываполем. На другі дзень T 37° P 82. Агульнае становічша здавальняючае. Хворы стаў лепей глытаць, вольна кратае галаву. Яшчэ праз дзень з інцізыйн. раны нічога не выцякае. Хворы выпісан дамоў у добрым самаадчуваньні.

Дадзены выпадак, акрамя свайго казуістычнага інтарэсу, яшчэ раз прымушае нас зьвярнуць увагу лечачых дактароў на тое, што ўжываемая імі тэрапія пры вострых запаліцельных працэсах сківаў (саграв. кампрэсы, паласканьне румянкай) вельмі часта вядзе да цяжкіх ускладненьняў. Неабходна адмовіцца ад гэтай застарэлай тэрапіі і перайсьці да больш рашучай тэрапіі—экстракцыі вынаватага зуба і разрэзу.

Случай опущения и расширения желудка, симулировавший непроходимость кишечника.

А. А. Короткевич.

(Из Хирург. Отделен. Бобруйской Окружн. б-цы. Зав. Отд. д-р *В. О. Морзон*).

Приводимый ниже случай опущения и расширения желудка вполне симулировал непроходимость кишечника.

В Хирург. Отделение Бобруйской окружной больницы (завед. д-р В. О. Морзон) 14-V—с. г. поступил крестьянин, 38 лет, с жалобами на боли в животе, вздутие его и тошноту, была рвота. Стула нет третий день, газы не отходят. Сильно ослабел.

Об'ективные данные. Больной высокого роста, правильного сложения, сильно исхудавший. Черты лица заострены, голос слабый, цвет лица сероватый. Сердце и легкие в пределах нормы. Р. удовл. наполнения 80 в I; живот вздут—особенно в нижней части. При перкуссии тимпанит, в отлогих частях живота — притупление. При изменении положения тупость меняется. Зыбления вызвать не удается.

Срочно произведенное исследование крови дало П. I, С. 78, Л. 25. Эритроц.—норма. Паразитов в крови не обнаружено. Анамнез. Болеет около двух лет, жалобы на желудочное заболевание: боли под ложечкой, изжога, отрыжки, иногда рвота, облегчающая б-го. С осени прошлого года почувствовал себя хуже.

Данные анамнеза и об'ективного исследования заставляли предполагать какое-то хроническое заболевание, осложнившееся непроходимостью кишечника. Высокая клизма давала окрашенную жидкость и небольшое отхождение газов. Имея в виду анамнез, плеск не характерный для плеска S. R и результат. высокой клизмы, предположено заболевание желудка, что и оправдалось. Введенный в желудок зонд дал около 6-7 литров желтовато-серой с коричневым оттенком жидкости. Живот после этого опал и определилась какая-то опухоль величиной с малое яблоко в подложечной области. При операции на другой день обнаружено: нижняя граница желудка доходит до лобка, верхняя—норма. Стенка желудка утолщена. Жидкости в брюшной полости нет. Имеется опухоль, спаянная с привратником и печенью величиной с куриное яйцо, прощупывается небольшой инфильтрат в печени и еще такой же инфильтрат на задней стенке желудка, спаянной с толстой кишкой. Наложен передний G. E. с добавочным энтероанастамозом. Брюшная полость зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписался в хорошем состоянии.

Производство операции и наложение G. E. при неопорожненном желудке было-бы смертельно для б-го, т. к. устремившаяся жидкость своей массой могла-бы в лучшем случае вызвать непроходимость где-либо на протяжении кишечника и в худшем случае могли-бы не выдержать швы и жидкость просочилась-бы в брюшную полость и вызвала-бы смертельный перитонит (случай д-ра Зерова из Барнаульской б-цы).

Тщательное взвешивание всех данных удержало от операции. Опорожнение желудка и операция в спокойной обстановке дала благоприятный исход операции для б-го.

В случае, если-бы нами была предпринята операция в аналогичном случае и был обнаружен ad maximum переполненный желудок, то считали-бы необходимым не накладывать G. E. а, зашивши брюшную полость и давши проснуться б-му, опорожнили-бы желудок и, затем, в подходящий момент, наложили-бы G. E.

В доступной литературе подобных случаев мы не встречали, исключая случая д-ра Зерова, почему мы полагаем, что сообщение нашего случая имеет смысл [1]).

---

[1]) Примечание редактора: В I хирург. клинике за последние 3 года наблюдалось 3 случая максимального расширения желудка, оперированные по разным поводам. В этих случаях положение G.—.E никаких явлений, каких боится автор—непроходимости кишечника, и других осложнений не получилось: все три случая окончились выздоровлением.

С. Р.

Да пытаньня аб папярэджаньні і лячэньні сальварсанавых інфільтратаў.

(Клініка скурных і вэнэрычных хвароб БДУ. Дырэктар проф. *В. Ю. Мронговіус*).

Кауфман Н. І.

Унутрывенныя ўліваньні сальварсана ў апошні час пачалі шырока ўжывацца ня толькі пры сыфілісе, але пры цэлым шэрагу іншых хвароб, як малярыя, рэкурэнс, сібірская язва і інш. І ня дзіўна, што сальварсанавыя ўліваньні робяць у спэцыяльных установах (вэндыспансэр), а ўжываюцца ў самых глухіх мэдычных вучастках і пунктах, тым больш, што тэхніка ўнутрывенных уліваньняў сальварсану даведзена да найбольшай прастэчы. Даволі для гэтай мэты мець 2—5-грамовы шпрыц, а расчыніць нэосальварсан можна на добра прагатаванай вадзе.

Трэба сказаць, што наогул у апошні час для больш правільнай дазыроўкі і атрыманьня большага эфэкту ўводзяць у вену усё большую колькасьць усякіх у канцэнтраваным рошчыну мэдыкамэнтаў.

Пры шырокім ужываньні і распаўсюджваньні мэтаду ўнутрывенных уліваньняў бываюць і выпадкі няўдалых, калі гіпертонічны рошчын пападае ня ў вену, а пад скуру альбо паровенозную каморніцу. Даволі некалькі кропель рошчыну нэосальварсана ці іншага якога-небудзь канцэнтраванага рошчыну, напрыклад, calcium chloratum 5%, які ўжываецца даволі часта, каб выклікаць вострую пякучую боль і ўтварэньне запальнага інфільтрату, які пазбаўляе працаздольнасьці іншы раз на цэлы месяц. Вядомы выпады, калі пасьля няўдалага ўліваньня ўтвараецца флегмона альбо агнявіца; часамі можа запатрэбавацца хірургічнае ўмешваньне, акрамя вышэйвыказаных ускладаньняў пасьля няўдалых уліваньняў, палючая боль часта адпужвае хворых люэтыкаў ад далейшага лячэньня, што чаровата для іх цяжкімі вынікамі.

Вялікі процант няўдалых уліваньняў падае на пачынаючых, але трэба сказаць, што даволі часта апошнія бываюць і ў добра спрактыкаваных дактароў,—калі хворы неспадзявана павярне руку, альбо рука самага доктара дрыгане—голка пракалывае вену і рошчын пападае ў паровенозную каморніцу альбо пад скуру.

У распаўсюджаных падручніках для лячэньня гэтакіх інфільтратаў раяць наступнае: як толькі доктар заўважыў, што голка ня ў вене, (на гэтую думку яго наводзіць мясцовая пухлявасьць ад рошчыну, які папаў пад скуру, і скаргі хворага на моцную боль), трэба спыніць далейшае ўліваньне і, ня вымаючы голкі, прарабіць некалькі асьпіравальных рухаў—апошнія, маюць мэтаю высмактаць рошчын нэосальварсану, які папаў пад скуру, і пакласьці на гэтае месца сьпірытусавы компрэс. Аднак-жа трэба падкрэсьліць, што вышэйвыказаны мэтод далёка ня спраўдзіў сябе ў сэнсе папарэджаньня інфільтратаў і болей. Хворым, якім папаў пад скуру рошчын нэосальварсану і, ня гледзячы

на асьпірацыю і пакладзены мясцовы компрэс з сьпірытусу, хворыя скардзяцца на моцную боль, якая пазбаўляе іх сну, некалькі дзён пад рад яны ня маюць магчымасьць разагнуць паражоную канцавіну, у працягу некалькі дзён, а то і тыдзень, з прычыны інфільтрату, які утварыўся.

Для большай пасьпяховай барацьбы з гэтымі зьявамі Dietel'ем прапанаваны „Мэтад хуткага зьлячэньня сальварсанавых інфільтратаў", які складаецца з наступнага: „як толькі заўважыш пападаньне сальварсану ў паравенную каморніцу (хворы адчувае боль), неабходна пасьля некалькіх хуткіх асьпірацій, якімі па магчымасьці трэба старацца адсмактаць найбольшую колькасьць упрыснутага сальварсану, а потым, ня вымаючы голкі ўпырснуць другім шпрыцам 10,0 сьцярыльнага фізыолёгічнага рошчыну спажыўнай солі. З прычыны таго, што рошчын нэосальварсану разбаўляецца фызыолёгічным рошчынам, болі хутка зьнікаюць і працаздольнасьць паражонай канцавіны аднаўляецца.

Гэты мэтад папярэджаньня інфільтратаў ад няправільнага ўліваньня нэосальварсану быў праверан Вольпянам Л. Г. на амбулаторным матар'ялу і быў ім яшчэ дапоўнен тым, што на паражоную канцавіну ён накладаў мясцовы сьпірытусавы сагравальны компрэс. З яго, праўда, невялікага матар'ялу, усяго тры выпадкі, відаць, што ён атрымаў добры вынік: болі нязначныя працягваюцца ад 3-х да 6-ці гадзін, інфільтратаў не утварылася, а з боку паражоных канцавін у сэнсе абмежаваньня руху ён не адзначаў.

Абагульняючы вышэйсказанае, тэхніка ўжываньня „мэтода хуткага зьлячэньня сальварсанавых інфільтратаў F. Dietel'а дапоўнены Л. Вольпяном выразіцца ў наступных трох момантах: 1) адсмактваньне ўпрыснутага пад скуру нэосальварсану спосабам асьпірацыі, г. зн. адцягваньнем поршня шпрыца ў другі бок, ня вымаючы голкі; в) увядзеньне ў мейсца гнекцыі 10,0 фізыолёгічнага рошчыну спажыўнай солі другім шпрыцам (прыладзіўшы апошні да канюлі нявынутай голкі) дзеля разбаўленьня пад скуру ўпрыснутага нэосальварсану і 3) пакласьці на паражоную канцавіну сьпірытусавы сагравальны компрэс.

Наш матар'ял ахапляе 3 выпадкі. Добры вынік, які намі атрыман, даў магчымасьць зрабіць гэтае паведамленьне. Мы думаем, што гэты мэтод будзе ўжывацца, асабліва пачынаючымі, у якіх выпадкі пападаньня сальварсану па-за вену бываюць часта [1]).

Усім тром хворым папаў пад скуру рошчын неосальварсану, да якіх дзеля папярэджаньня інфільтратаў ужываны вышэйвыказаны мэтод. У гэтых хворых—інфільтратаў не ўтварылася, а болі былі нязначныя, якія працягваліся ад 3-х—6 гадзін. Канчаючы наша паведамленьне, можна зрабіць наступнае рэзюмэ:

Трэба сказаць, што „мэтод хуткага зьлячэньня сальварсанавых інфільтратаў F. Dietel'а дапоўнены Л. Вольпяном, сапраўды апраўдаў сваю назву. Пры карыстаньні ім болі хутка гінуць, інфільтратаў не ўтвараецца. Абмежаваньне руху з боку канцавін не адзначалася. З прычыны таго, што мы атрымалі добрыя вынікі ад ужываньня гэтага мэтода, мы падтрымліваем Л. Вольпяна, дзе ён раіць карыстацца мэтадам F. Dietel'а пры ўсіх выпадках пападаньня канцэнтраванага рошчына, які выклікае пякучую боль наогул нэосальварсана паасобку.

---

[1]) Прыведзеныя гісторыі хвароб ня могуць быць надрукованы за адсутнасьцю мейсца.

Эффект действия спинно-мозговой анэстезии на тяжелый ischias.

М. В. Дунье.

Б-ая Б. А., 58 лет, 17-IX 1929 г. поступила в Ветковскую районную больницу, Гомельского округа, по поводу левосторонней паховой грыжи значительных размеров. Левая нога согнута в тазобедренном суставе под углом в 120°. Активные движения в указанном суставе совершенно невозможны. При насильственном разгибании или сгибании ноги б-ая корчится от боли. Имеется резкая болезненность при давлении по всему ходу n. ischiadici.

Из анамнеза выясняется, что б-ая страдает воспалением седалищного нерва уже 2 года. Лечилась в больницах, но терапевтические меры приносили ей иногда временное облегчение.

Год тому назад, после сильного обострения болезни, нога согнулась в тазобедренном суставе, и с тех пор б-ая своей ноги больше не разгибала.

Б-ая правильного телосложения, мускулатура слабо развита. Имеется незначительный склероз сосудов и склеротические изменения в сердце. Со стороны наследственности особенного отметить не удается.

20-IX б-ая была взята на стол для herniotomi'и. Операцию предполагалось производить под novocain'ом, но согнутая нога мешала оперировать, а при попытке насильно хоть немного выпрямить ногу, б-ая приходила в полуобморочное состояние от резкой боли. Поэтому была сделана спинно-мозговая анэстезия между 2 и 3 поясничными позвонками. 2 к. см. 4% novocain'a.

Естественно, что через несколько минут б-ая выпрямила ногу, которая осталась в таком положении и после операции, когда чувствительность обоих ног уже вполне восстановилась. Вечером t°—38, что часто бывает после спинно мозговой анэстезии P.—86. 21-X утром t° N, б-ая сгибает и разгибает обе ноги. Особой чувствительности нигде не отмечается. Вечером t° 37,0. Во все следующие дни б-ая на боль в ноге не жалуется. t° N. Швы сняты 27-X—prima. На следующий день свободно ходит. Выписалась 2-X совершенно здоровой.

Б-ой было приказано явиться, как только появится малейшая болезненность в ноге, но до сего дня она не показалась.

Быть уверенным, что рецидива ischias'a в дальнейшем у нашей б-ой не будет нельзя. Но яркий эффект излечения ischiasa (возможно и временного) в нашем случае после спинно-мозговой анэстезии несомненно заслуживает внимания.

СПРАВАЗДАЧА.

Научное Общество Минских врачей.

(1928 г.)

IV заседание (25 февраля).

1) *Д-р Корчиц* демонстрирует ребенка 1½ лет, удачно оперированного им по поводу гипернефромы, 2) препарат резецированного им кишечного соустия в виду нароставшей кишечной непроходимости.

На предложенные вопросы докладчик ответил, что гипернефромы наиболее часто встречаются в детском возрасте. Гидронефроз в данном случае надо считать явлением вторичным. Исчезновения опухоли при пальпации здесь не наблюдалось. Сообщение между опухолью и мочеточником имелось. Послеоперационные метастазы часты.

2) *Д-р Мазель-Балашинский* демонстрирует трупик умершего на 3-ий день жизни ребенка—урода spina bifida, микроцефалия, отсутствие ушных раковин и наружных слуховых отверстий, большая паховая грыжа, отсутствие яичек в мошонке, penis в зачаточном состоянии, pes equinus varus и деформация ручек.

3) *Д-р Беленький* демонстрирует б-ого с трихинозом (из клиники проф. болезней). Субфебрильная t°, незначительные отеки лица, мышечные боли. Моча нормальная. В крови 40—50% эозинофилов при общем лейкоцитозе в 11 тысяч. Начало заболевания 2½ месяца тому назад, боли были резко выражены, t° доходила до 40,6°. Чистологическое исследование кусочка двуглавой мышцы подтвердило диагноз.

4) *Д-р Духан* (доклад): *О применении таллия для эпиляции в борьбе с грибковыми заболеваниями волос.* (См. „Бел. Мэд. Думка" № 1—1928 г.).

На предложенные *вопросы* докладчик дал следующие *ответы:*

По данным НКЗ в Белоруссии насчитывается около 40 тысяч больных паршей. Рецидивы наблюдались лишь в тех случаях, где после эпиляции не применялась дезинфецирующая терапия. Из 100 случаев, леченных докладчиком таллием, с рецидивами явились 13 человек, следов, меньший процент, чем после рентгенотерапии. Облысение детей после рентгенотерапии следует отнести за счет самого лечения. По мнению Бушке, бояться поздних осложнений не приходится. Применять таллий у взрослых опасно. Случаев неудачи у докладчика не было. Применяя нормальные дозы (0,008 на кило веса ребенка), случаев отравления докладчик не наблюдал.

Прения. Д-р Прокопчук, на основании своих собственных экспериментальных и клинических наблюдений, указывает на сильную токсичность таллия и предостерегает от применения его на людях. В Москве совершенно отказались от его применения.

Д-р Рубинчик, наоборот, полагает, что при колоссальном распространении фавуса в Белоруссии безоговорочно отказаться от применения такого доступного средства еще преждевременно. Осложнения у экспериментальных животных, повидимому, наблюдались при хроническом отравлении. Нужны дальнейшие наблюдения.

Д-р А. Шапиро. Бушке советует применять таллий в тех странах, где много случаев парши и мало рентгеноустановок. Докладчик не находил после таллия изменений со стороны крови и мочи, между тем как другие авторы их находили. Широкого применения таллия пока нельза рекомендовать.

Д-р Розенталь. У целого ряда авторов отмечается токсическое действие таллия в 10 до 30% всех случаев. Средство это следует применять лишь в клинической обстановке и в узких рамках.

Д-р С. М. Лившиц. Осложнения от рентгенотерапии наблюдались раньше при применении метода одновременного облучения ряда детей одной трубкой. Но он видел некоторых б-ых докладчика также с осложнениями. Дальнейшие наблюдения нужны, но лишь в строго клинической обстановке.

Проф. Мронговиус. Серьёзных успехов добиться от рентгена в наших условиях нельзя, да к тому он дает осложнения. Таллий—средство лишь эпилирующее, после него необходимо тщательное лечение дезинфецирующими средствами. То, что относится к морской свинке, не относится к ребенку. Дети до полового созрения в общем переносят таллий хорошо Широко применять таллий нельзя, все же надо его применять шире, чем это делалось до сих пор.

Д-р Духан в ответном слове указывает, что осложнения описаны преимущественно у животных. Д-р Прокопчук лечил взрослых, а не детей и кроме того б-ых с другими заболеваниями. Дети переносят таллий без всяких осложнений. Он рекомендует применение таллия в окружных городах, а не на селе.

Председатель *проф. Титов.* При огромном распространении фавуса в Белоруссии успешно бороться с ним одним лишь рентгеном невозможно. Поиски за доступным средством необходимы. Отсутствие серьезных осложнений побуждает расширить применение таллия, но, конечно, в клинической обстановке.

V заседание (3-го марта).

1) *Д-р Моносзон* представил 6-ого, выздоровевшего от тетануса применением раствора Magnesii sulfurici. В первые 4 дня вводилось ежедневно в вену по 50 к. с. 3% раствора, а затем ежедневно интрамускулярно по 50 к. с. 20% раствора+50 к. с. того же раствора per rectum. Одновременно через день по 3—5 флаконов противостолбнячной сыворотки.

Д-р Канторович в своих 8 случаях столбняка применял большие дозы сыворотки одновременно с наркотиками. 2 случая смерти. Излечение случая докладчика от применения Mg. sulf. надо отнести на счет его легкости.

Проф. Соколовский от Mg. sulf. хороших результатов не имел, но видел эффект от интралюмбальной сывороточной терапии.

Д-р Перельман. Главное значение сыворотки не в ее терапевтическом, а в профилактическом действии. Mg. sulf. действует симптомитически, подобно наркотикам.

Д-р Трусевич. Сыворотку надо применять в больших дозах и по возможности рано. Оппонент вводил ее интралюмбально, при чем предварительно выпускал большое количество спинно-мозговой жидкости. Большое значение имеет применение наркотических средств и горячих ванн. При 4—5 дневной инкубации всякая терапия бесполезна.

Д-р Иовелев сообщает, что до сих пор Белор. Паст. Институт, в виду отсутствия спроса, не вырабатывал противостолбнячной сыворотки. В настоящее время она уже готовится.

Д-р Моносзон в ответном слове отмечает, что в самые тяжелые дни больной был только на Mg. sulfur. Подкожно Mg sulfur. не дает эффекта.

2. *Проф. Соколовский* представил 6-ую, оперированную по поводу злокачественного перерождения зоба. Демонстрируемый случай является первым случаем злокач. опухоли на 49 струм-экстомий.

Д-р Кутовский (доклад): *К клинике трихиноза* (См. „Белоруская Мэд. Думка" 1928 г. № 6—8).

VI заседание (10 марта).

1. *Д-р Я. Шапиро* демонстрировал 6-ого с аспидной окраской металлического оттенка, выраженной особенно на коже лица. Исключив Адиссонову болезнь, докладчик предполагает здесь аргорию.

2. *Д-р Глод-Вершук* (доклад): *К патологической анатомии трихиноза у человека* (См. „Белар. Мэд. Думка" 1928 г. № 6—8).

Прения (по докладу д-ра Кутовского и последнему).

Оппонентов интересовал вопрос, почему не всякий, с'едающий трихинозное мясо, заболевает трихинозом. *Проф. Гаусман* об'ясняет это тем, что для переваривания капсулы мышечной трихины необходимо наличие в желудке соляной кислоты. Ахилики обычно заболевают трихинозом.

Проф. Мелких придает большое диагностическое значение симптому одутловатости лица.

Д-р Моносзон. Случаи легкие, абортивные обычно не диагностируются.

Д-р Трусевич. Во всех виденных им случаях трихиноза наблюдалась одутловатость лица и эозинофилия. Появляется иногда эритемы.

Д-р Флекель, наблюдавший небольшую эпидемию трихиноза в Бобруйске, отмечал во всех случаях одутловатость лица.

Председатель *проф. Титов* тоже согласен с тем, что в заболевании трихинозом определенную роль играет состояние желудочного сока, а также и моторная функция желудка. При обращении внимания на возможность трихиноза вся совокупность симптомов позволит практическому врачу чаще диагностицировать эту болезнь.

3. *Д-р Захарова* (доклад): *Клиническое значение лейко-Видаля.*

Докладчица изучала эту реакцию с 1922 г. с целью выяснить ценность ее для диффер. диагностики заболеваний брюшной полости, протекающих с резкими болевыми явлениям. Выяснилось следующее понижение: если за положительный результат считать лишь лейкопению выше 25% начальной цифры, то эти результаты падают на однородную группу печеночных заболеваний, в противном случае проба не характерна ни для одной клинической группы заболеваний. Положительные результаты получаются при воспалительных процессах желчных путей. Наиболее ясно проба выпадает во время или вскоре после болевого припадка. При заболеваниях же печени иного рода (циррозы, метастатические опухоли печени) равно как при заболеваниях желудка, аппендиците, почечной колике и проч. пробы выпадения отрицательна.

В прениях приняли участие проф. *Мелких и Гаусман.* Первый указал на роль этой реакции при диагностике холецистита. Последний считает необходимым для определения функций печени одновременно производить и другие пробы, в особенности на уробилинурию.

VII заседание (17 марта).

1. *Д-р Хазанов* демонстрировал 5 больных с эпидемическим энцефалитом. У 1-ой больной, после перенесенного 8 лет тому назад какого-то „тифа", в настоящее время имеется, птоз, парез всех глазных мышц, амимия, мноклонические подергивания отдельных групп мышц, т.-е. картина офтальмоплегического энцефалита. У 2-ой б-ой остатки энцефалита: паркисоновский симптомокомплекс, резкая скованность, диплопия, слюнотечение, амимия, плохая реакция на свет. 3-ья б-ая с симптомокомплексом эпилептических припадков. 4-ая больная представляет интерес в эпидемиологическом отношении: сестра ее лежала в нервной клинике по поводу эпидем. энцефалита. Через некоторое время по приезде домой заболевает другая сестра, а затем и третья. 5-я б-ая, считавшаяся страдающей холециститом, оказалась, по тщательном исследовании нервной системы, больной абортивной формой эпидемич. энцефалита. В заключение д-р *X.* указывает на чрезвычайно пеструю картину данного заболевания.

2. *Д-р Афонский* демонстрировал девочку, 9-ти лет, с общим ожирением. Констатируется вялось, заторможение, слабая реакция на свет. Предполагается ожирение на почве энцефалита.

3. *Д-р Бейлин* демонстрировал больного с гематопорфинурией. Боли в животе. рвота, головные боли, восходящие параличи, отсутствие в желудочном соке соляной кислоты, в моче гематопорфирин. После кровопускания—улучшение. Эта болезнь часто появляется после отравления вероналом.

В прениях проф. *Гаусман* указывает, что хотя эта болезнь чрезвычайно редкая, тем не менее, мы находили бы ее чаще, если бы мы всякую мочу исследовали на гематопорфирин. Есть еще один симптом гематопорфинурин — появление дерматитов и эритем.

Проф. Кроль. Картина этого заболевания в высшей степени темная. Здесь, повидимому, имеется энцефаломиэлит. Как на самом деле разыгрывается процесс, нам неизвестно.

Председательствующий *проф. Мелких* считает несомненным, что этот паралич Landry и рекомендует исследовать кровь на остаточный азот.

3. *Д-р Марков* (доклад): *Значение плетизмографии в невропатологии* (с демонстрацией диапозитивов и кинофильмы).

Техника и запись плетизмограмм. Вазовегетативные рефлексы изучались на 75 больных с органическими и отчасти функциональными заболеваниями нервной системы. Всего получено 165 кривых.

Докладчик выделил 9 типовых плетизмографических группировок. (Подробности не могут быть изложены в консперативной форме. (Ред.).

Прения. Проф. Соколовский считает этот метод недостаточно точным и убедительным. так как раньше необходимо изучить физиологическую сторону этого вопроса. Оппонент тоже одно время интересовался этим методом.

Д-р Трусевич. Вопросы плетизмографии интересуют и терапевтов, но этот метод не оправдал себя в отношении функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы.

Проф. Гаусман, считает ошибочным мнение докладчика, что сосуды являются лишь трубками, на которые действует vis a tergo. Сосуды ведут самостоятельную работу, пока вегетативная нервная система дает импульсы.

Проф. Кроль. В то время, как имеется много методов для исследования чувствительной и двигательной нервной системы, мы их мало имеем для вегетативной. Вот почему плетизмографический метод, как выясняющий не статику, а реакцию нервной системы, имеет большое значение. Этим методом изучаются рефлекторные реакции. Цель этого метода—найти функциональную диагностику вегетативной нервной системы.

VIII заседание (24-го марта).

1. *Д-р Стельмашонок* демонстрировал случай номы после кори, вылеченный прижиганием пакеленом и втиранием Novarsenol'ем в язву.

2. *Проф. Рубашов* демонстр. б-ную, оперированную по поводу предполагавшейся прободной язвы желудка. По вскрытии брюшной полости оказалась геморрагическая инфильтрация всех связок брюшной полости. Жидкость выпущена, живот зашит. Через несколько дней вторичная ляпаратомия, вследствие развившейся непроходимости. Выпущено содержимое кишечника, рана зашита. Через несколько надель в левом подреберьи образовалась опухоль, которая при третьей ляпаратомии оказалось кистой Pancres. Киста вшита в брюшную рану и опорожнена. Выздоровление. Этот случай надо рассматривать как Pancreatitis hamovvhagica с исходом в кисту.

3. *Д-р Перельман* показывает препарат Pancreas, удаленный у б-ого, погибшего от Panreatitis homovvhagica.

Д-р Ситерман указывает на значение реакции, определение диастазы в моче для распознавания этой болезни.

Д-р Трусевич говорит о значении реакции определения диастазы в крови.

4) *Д-р М. А. Хургин* демонстр. б-ого с эмболией art. brachialis в подкрыльцовой ямке, явившийся результатом стеноза v. mitfalis.

5. *Проф! Рубашов* (доклад): *Об эмболии артирий.*

Описание 4 случаев, где дело кончилось тяжкими последствиями вплоть до гангрены. Операция эмболектомии сделана всего в 139 случаях (в России 4). Докладчик считает вполне паказаным оперативное удаление этих эмболов и чем раньше, тем лучше-

Д-ра Василевский, Перельман и Мангейм также указывают на положительные результаты при хирургических вмешательствах.

6. *Д-р Иргер* (доклад): *О расширении показаний к оперативному вмешательству при подостром аппендиците.*

Докладчик предлагает не ограничиваться только ранней стадией (48 ч.), а расширяет показания при подострых случаях. К ним докладчик относит тех, у кого припадок болей продолжался 12—24 часа без резких явлений. Этих больных оперировали через 3—5—10 дней. Больных с подострыми болями—во всякое время болезни. Таких б-ных оперировано в 1-ой хирург. клинике 100 человек—и без всяких осложнений.

Прения. Д-р Ситерман полагает, что формула крови имеет большее значение, чем лейкоцитоз.

Д-ра Рубинчик, Флекель и Перельман полагают, что суть дела в уточнении термина „подострый".

Председатель (Титов, также отмечает неточность номенклатуры в понятии аппендицита и что требуется большая ясность в этом вопросе.

Научная деятельность секций и кружков при Научном Обществе Минских врачей.

За 1928-ой год.

I. Дермато-венерологическая секция. Членов 25. Заседаний было 10. Докладов заслушано 4: 1) *Проф. Мронговиус*: К вопросу о лечении волчанки на селе. 2) *Д-р Кантор:* Кожные заболевания среди детей г. Минска по данным Центр. Детского Дома. 3) *Д-р А. Н. Шапиро:* К характеристике венерической заболеваемости в Минске за 1926—27 г. г. 4) *Он же:* Проституция в БССР и за границей.

Демонстраций больных сделано 52.

II. Хирургическая секция. Организовалась 9 октября. Заседаний 6. Докладов 7.

1) *Д-р Х. Левина:* О гранулоцитозе в хирургической клинике.

2) *Проф. Рубашов:* Отчет о Всеукраинском с'езде хирургов.

3) *Проф. Соколовский:* О заграничной командировке.

4) *Д-р Файнберг:* О значении реакции осаждения эритроцитов в ортопедии.

5) *Д-р Суханов:* О быстрой патолого-анатомической диагностике по методу Patrik'a.

6) *Д-р С. М. Лившиц:* О с'езде рентгенологов в Стокгольме.

7) *Д-р Хентов:* О ретроградном ущемлении грыж.

Демонстраций сделано 31. Кроме того, проведена подготовительная работа по созыву Всебелор. конференции хирургов, гинекологов и акушеров.

III. Секция Педиатрии и Охматмлада. Основана в феврале. Посещаемость около 40 человек. 9 заседаний, 20 докладов и 11 демонстраций.

IV. Глазная секция организовалась в октябре. Членов 20, заседаний—3, докладов—5, демонстраций—3. Доклады следующие:

Д-р Дворжец: О вредном действии на глаз ультра-фиолетовых лучей, в частности, кварцевой лампы.

2) *Кливанская*: Венские глазные клиники (по личным впечатлениям).

3) *Д-р Д. С. Каминский:* Случай Retinitis stillata.

4) *Д-р Дворжец:* О роговичном восприятии.

5) *Д-р Купреев:* Случай Horbeolum с образованием тромбоза sinus cavernosus с летальным исходом.

V. Физико-терапевтическая секция основалась 30-го октября. Одно организационное, другое научное заседания.

Доклады: 1) *Д-р Марков:* О лечении методами перегревания. 2) *Д-р Цыпкин:* О мягких протезах при параличах нижних конечностей.

Д-р С. М. Лившиц демонстрировал б-ого с Asthma bronchialis, излеченного рентгенотерапией.

VI. Одонтологическая секция основана в ноябре. Членов 18 (медврачей 8, зубврачей—10). Заседаний 2. Докладов 4 (*доц. Старобинский* и *д-р Метлицкий*). Демонстраций—4.

VII. Научный кружок амбулаторных и районных врачей. Посещаемость от 30—50 человек. Заседаний 6, докладов 7, демонстраций 4.

Доклады: 1) *Д-р Лапидус:* Лечение фурункулеза по методу Бира (Sultur. jogat.) 2) *Д-р Эпштейн:* Случай из практики. 3) *Д-р Рубинчик:* Об одном случае гриппа и одном случае паратифа. 4) *Д-р Кливанская:* О редком случае засорения глаза у 4-летней девочки. 5) *Д-р Эпштейн:* 3 случая сифилиса внутренних органов. 6) *Д-р Мышковская:* Об успешной мандибулярной анестезии новокаином при челюстных невральгиях. 7) *Д-р А. И. Гуревич:* К клинике паратифа у детей.

VIII. Научный кружок врачей г. Борисова. Членов 60. Заседаний—16. Докладов—17, демонстраций—18. Из них сделано по внутренним болезням 1 доклад, по хирургическим—6 докладов и 11 демонстраций, по эпидемиологии и санитарии—3 доклада, по профболезням—2 доклада и 1 демонстрация, по глазным—1 и 4, по кожным—1 и 1, по женским—2 и 1, по физиотерапии 1 сообщение.

Более подробный отчет о первых 10 заседаниях см. юбилейный номер „Белар. Мэд. Думкі".

Имеются также научные кружки врачей в *Червене, Койданове, Пуховичах и Острошицком Городке.*

Секретарь **М. Поляк.**

РЭЦЭНЗЫІ.

Праф. *В. Ю. Мранговіус* „Скурныя і вэнэрычныя хваробы (у табліцах)“.

Менск, 1928 год.

У нашай мэдыцынскай літаратуры, побач з навуковымі дасьледваньнямі, неабходны кнігі, якія-б далі студэнту і доктару практычныя веды ў кароткай зразумелай форме. Гэтыя кнігі, маючыя часта практычнае значэньне—падручнікі—могуць пісацца ў рознай форме. Пачынаючы з таўстых справачнікаў і дапаможнікаў да канспэктаў уключна, яны выконваюць вызначаную ролю і даюць адказы на запытаньні акрэсьленых груп вучняў і дактароў.

Да гэткіх падручнікаў, якія маюць адпаведную мэтавую ўстаноўку, належыць кніга праф. В. Ю. Мранговіуса, якая напісана ў арыгінальнай форме—у выглядзе табліц. Гэтая форма існуе ў сусьветнай літаратуры дзеля таго, каб, па магчымасьці, сьцісла і наглядна даць галоўныя веды па таму ці іншаму пытаньню, пры гэтым так, каб усвайваньне студэнтамі было-б найбольш эканамічна ў сэнсе часу. Гэткія табліцы побач з шматлікімі недахопамі, з якіх галоўная—схэматычнасьць, маюць і шэраг вартасьцяў для студэнтаў, для якіх часта іменна гэта схэматычнасьць і зьяўляецца каштоўнай. Студэнту трэба перш за ўсё ўсвоіць галоўныя моманты. Кожны, хто займаўся складаньнем табліц, ведае цяжкасьць гэтае справы. Нашая мэдыцына так багата выключэньнямі, а табліцы патрабуюць кароткасьці і катэгарычнасьці: дзеля гэтага выбраць для табліцы тое, што істотна і бясспрэчна—ня так ужо проста. Гэта задача цалкам удалася аўтару, які ў прадмове яшчэ больш утачняе задачу сваёй кніжкі: „даць студэнтам і дактаром магчымасьць хутка арыентавацца ў хваробе дэманструемага хворага і ў яе лячэньні, што павінна дапамагаць больш прадукцыйнаму скарыстаньню лекцый і дэманстрацыі хворых у клініцы“.

Тып гэткага падручніка значна вышэйшы, чымся звычайнага канспэкту.

Табліца, у тэй сьціслай форме, якая ёсьць у кніжцы аўтара, прымушае студэнта шмат чаго прыпамінаць і дашуквацца адказу, што пэдагагічна зьяўляецца вельмі каштоўным. Што аўтар стаіць іменна на гэтым пункце погляду, відаць з таго, што да кожнай табліцы прыкладзена чыстая старонка, якая павінна быць запоўнена рознымі данымі з лекцый выкладчыка. „Студэнт, які сочыць па табліцы за разборам дэманструемага хворага, запісвае і дапаўняе табліцу данымі са слоў выкладчыка, грунтоўней запомніць хворага і яго хваробу“. З гэтым цалкам трэба згадзіцца.

Усяго ў кніжцы маецца 91 табліца, якія зьмяшчаюць у сабе агульную і спэцыяльную частку скурных і вэнэрычных хваробаў. З надворнага боку выданьне зусім здавальняючае. Цана кніжкі (1 р. 50 к.) ня высокая—даступная студэнту. Трэба пажадаць гэтаму падручніку шырокага распаўсюджаньня.

С. Рубашоў.

ХРОНІКА

У Нар. Каміс. Аховы Здароўя. Прызначаны на 5|IV г. г. Усебеларускі зьезд вучастковых дактароў у сувязі з перавыбарамі савету пераносіцца на 5|V, разам з гэтым пераносіцца і зьезд хірургаў—акушэрэў-гінэкалёгаў. Акруговыя Зьезды дактароў адбудуцца ў красавіку мес.

— Нар. Каміс. Аховы Здароўя ўзгоднен з адпаведнымі ўстановамі праэкт аб адмене лекавых кніжак для застрахаваных. Згодна гэтага праэкту актыўна-застрахаваныя пры атрыманьні мэддапамогі могуць карыстацца прафсаюзнымі білетамі, разьліковымі кніжкамі і пасьведчаньнямі з месца працы; беспрацоўныя карыстаюцца кніжкамі беспрацоўных альбо сяброўскімі білетамі; інваліды—інваліднымі кніжкамі; утрыманцы—пасьведчаньнямі ад страхавых кас.

— Узгоднен праэкт пастановы аб прыватнай практыцы мэдпрацаўнікоў. Згодна праэкту асобы, якія займаюцца прыватнай практыкай, павінны зарэгістравацца ў паасобным журнале інспэктурай аховы здароўя, весьці журнал хворых, паведамляць інспэкцыю аб заразьлівых захворваньнях.

— З студзеня месяца Нар. Каміс. Раб.-Сял. Інспэкцыі з удзелам прадстаўнікоў Нар. Каміс. Ах. Здар. і Галоўсацстраху праводзіць абсьледаваньне мэдабслугоўваньня застрахаваных па Віцебскай, Полацкай і Менскай акругам. Па Віцебскай акр. абсьледаваньне скончылася, зараз камісія працуе па Полацкай акр. Вынікі абсьледаваньня шырока абгаварываюцца на вытворчых нарадах, сэкцыях Гарсавету і сходах мэдпрацаўнікоў.

— Культурная сэкцыя Дзяржпляну разглядала пытаньне аб псіхдапамозе па Рэспубліцы. Згодна пляну Нар. Кам. Аховы Здароўя, з пачатку 1930 г. трэба будаваць псіхбальніцу ў Менску. Канчатковае рашэньне па гэтаму пытаньню перадаецца на разгляд Прэзыдыуму Дзяржпляну.

— З вясны гэтага году пачнецца будоўля клінічнага гарадку. Упершую чаргу будуць пабудаваны 3 корпуса для клінік хірургічных (2), тэрапэўтычных (2) і акушэрагінэкалёгічнай.

— На курсы ўдасканаленьня ў Ленінградзе Нар. Каміс. Аховы Здар. атрымаў 21 месца, якія і разьмеркаваны па акругам. Акрамя гэтага ў гэтым годзе будуць арганізаваны курсы ўдасканаленьня ў Менску для 20 вучастковых дактароў. Кіраўніком гэтых курсаў прызначан праф. Рубашоў. У 1929-30 г. Нар. Кам. Ах. Здар. мяркуе арганізаваць інстытут па ўдасканаленьню дактароў, патрэба ў якім адчуваецца і зараз вялікая, бо Нар. Кам. Ах. Здар. РСФСР ня можа задаволіць сваімі інстытутамі Беларусь за недахопам месц, між тым, як згодна пастановы СНК з 1929-30 г. трэба накіраваць на курсы ўдасканаленьня ўсіх вучастковых дактароў, якія праслужылі на вучастку 3 гады.

Рэсбюро Урачсэкцыі. 26/I адбыўся чарговы пленум Рэсбюро, на якім быў заслухан даклад НКАЗ аб удасканаленьні дактароў і аб часопісу „Беларуская Мэдычная Думка". Па апошняму пытаньню Пленум ухваліў у бліжэйшы тэрмін заслухаць даклад рэдакцыі часопісу з тым, каб абгаварыць далейшы шлях часопісу. — 15/III адбудзецца акруговая канфэрэнцыя ўрачсэкцыі, а 23/III усебеларускі зьезд урачсэкцый.

Навуковае Т-ва Менскіх дактароў. 9/II Прэзыдыум Т-ва рабіў справаздачу аб гадавой дзейнасьці. Дзейнасьць Прэзыдыуму прызнана здавальняючай, новаму складу Прэзыдыуму даручана перагледзіць статут т-ва і больш зьвярнуць увагі на прыцягненьне ў шэрагі т-ва ўсіх дактароў г. Менску, асабліва скончыўшых Мэдфак БДУ. У склад новага Прэзыдыуму ўвайшлі: праф. Рубашоў (старшыня), праф. Мелкіх, праф. Гаўсман, праф. Цітоў, д-ры Балкавец, Поляк, Разэнталь, Я. Шапіра, Гінзбург, ад НКАЗ—Нарком Барсукоў, ад ЦП Саюзу—д-р Хазанаў. Падрабязговая справаздача будзе дадзена ў наступным нумары.

Вучоны Мэдыц. Савет. На апошніх паседжаньнях Савету разглядаліся наступныя пытаньні: аб актыўнай імунізацыі супроць сухотаў, аб ужываньні талія для эпіляцыі валос пры пархах (фавус), аб мэдычнай асьвеце. Дзеля распрацоўкі практычных мерапрыемстваў па імунізацыі супроць сухотаў створана камісія, якой прапанована скласьці плян правядзеньня імунізацыі ў Менску і прадставіць яго на зацьверджаньне Савету. Вуч. Савет ухваліў ужываць талі для эпіляцыі валос толькі ў акруговых гарадох, пры бальніцах пад наглядам скурна-вэнэрычных дыспансэраў. Даклад аб мэдычнай асьвеце (дакл. д-р Ліўшыц Д. В.) выклікаў шмат спрэчкаў і быў вельмі цікавы. Дакладчык паміж іншым высоўвае наступныя прапановы: 1) мэдасьвета павінна быць увязана з запатрабаваньнямі органаў аховы здароўя, чаму Нар. Кам. Аховы Здароўя павінен прымаць большы ўдзел у распрацоўцы праграм Мэдфаку. 2) выкладаньне ўсіх дысцыплін на Мэдфаку павінна быць шчыльна ўвязана з сацыял-гігіенічнымі дысцыплінамі і марксіз-

мам, 3) клінікі павінны праводзіць сваю працу на дыспансэрных падставах і знаёміць студэнтаў з мэтодыкай дыспансэрызацыі.

На мясцох. У гэтым годзе Віцебск прыступае да будаўніцтва буйнай больніцы для абслугоўваньня застрахаваных, колькасьць якіх у зьвязку з пашырэньнем вытворчасьці і пяцігадовым плянам значна пашыраецца. Акрамя гэтай бальніцы будзе будавацца лячэбніца ў Пралетарскай слабадзе (Маркаўшчына) і яслі ў Ноўках. У Гомелі будзе будавацца сухотная больніца на 50 лож., праект больніцы складзен. З пачатку вясны пачнуцца працы па будаўніцтву Інстытуту Фізычных мэтадаў лячэньня (Менск), санаторыі „Чарніцы", Фармзаводу (Менск), Нэрвовай Санаторыі ў Баркаўшчызьне.

У Бабруйску адчынена новая рабочая амбуляторыя, у зьвязку з чым зараз там праводзіцца прымацаваньне рабочых да амбуляторый, забясьпечаньне прымацованых санітарнымі журналамі і агляд рабочых спэцыялістымі з унясеньнем паданых у санітарныя журналы. Гэтыя мерапрыемствы—пачатак працы дыспансэрызацыі рабочых.

25-І пасьля рамонту адчыніўся сухотны санат. Чырвоны Кастрычнік (Астрашыцкі Гарад. Менск. акр.). У зьвязку з адчыненьнем Галоўсацстрахам сухотнай санат. „Сасноўка" імя Х г. БССР для застрахованых пры разьмеркаваньні месц у санат. „Чырвоны Кастрычнік" прадстаўлена па 2 месца кожнай акрузе для сялян, два месца для інвалідаў Сабэзу, адно—для студэнтаў, два для батракоў, адно для Чырвонай арміі. Тэрмін прабываньня хворых у санаторыі—2 месяцы.

За апошні час па Магілеўскай, Віцебскай і Аршанскай акр. пачынае пашырацца захворваемасьць плямістым тыфусам. Былі выпадкі захворваньняў па Менскай акр. і па г. Менску. Санарганізацыя прымае мерапрыемства па ліквідацыі эпідэміі шляхам гаспіталізацыі хворых, дэзынфэкцыі вопраткі і пашырэньня санасьветнае працы.

АФІЦЫЙНЫ АДДЗЕЛ

Почто-телеграмма

Минск ЦК КП(б)Б.

Первая Окружная Конференция военно-санитарных работников БВО шлет пламенный привет вождю трудящихся Белоруссии ЦК КП(б)Б.

Под Вашим ленинским руководством военно-санитарные работники Округа приложат все силы и знания к укреплению здоровья трудящихся и внедрению в них вопросов культуры, что явится залогом успешного построения социализма.

По поручению Президиума
Начальник ВСУ РККА БВО
Пшеничный.

15-II--29 года
Смоленск.

Почто-телеграмма.

Минск, Наркомздраву БССР.

Первая конференция военно-санитарных работников, собравшаяся для разрешения текущих вопросов здравоохранения РККА шлет привет Наркомздраву БССР и выражает уверенность, что на основе единой советской медицины, слившей в одну семью всех работников здравоохранения, основная задача текущего момента санобороны страны будет решена полностью и медперсонал БВО вместе с Вами, под Вашим руководством приложит все силы к еще большему внедрению вопросов культуры в национальные масы БССР.

По поручению президиума
Начальник ВСУ БВО *Пшеничный*.

15-II—29 года
Смоленск.

Выпіс з пратаколу № 74, п. 1168 пасяджэньня Савету Народных Камісараў Беларускае ССР за 3—5 студзеня 1929 году.

Разглядалі:

1168. Пра заработную плату працаўнікам устаноў, што знаходзяцца на мясцовым бюджэце на 1928-29 бюдж. год.

Падае НКПрацы.

Дакл. т. Бэнэк.

Інд. 351. 832/5353.

Пастанавілі:

1168. На падставе пастановы Савету Народных Камісараў Саюзу ССР за 19 кастрычніка 1928 г. па дакладу Ураду БССР і ўлічваючы неабходнасьць павялічэньня заработнае платы працаўнікам, працуючым у сельскіх мясцовасьцях, Савет Народных Камісараў БССР пастанаўляе:

Зацьвердзіць з 1 студзеня 1929 г. наступныя нармаваныя стаўкі для ніжэй паказаных працаўнікоў устаноў, што знаходзяцца на мясцовым бюджэце:

Мэдыка-Санітарны пэрсанал:

Мэдыцынскім дактаром	у	гарадох—	80	руб
„ „	„	раёнах—	95	„
Мэдыцынскім дактаром загадчыкам больніц	„	раёнах—	100	„
Зубным дактаром	„	гарадох— раёнах—	55	„
Мэдыцынскім фэльчаром	„	гарадох—	50	„
	„	раёнах—	45	„
Мэдыцынскім фэльчаром загадч. самаст. пункт.	„	гарадох— раёнах—	50	„
Акушэркам . . .	„	гарадох— раёнах—	45	„
Фармацэўтам . . .	„	— —	50	„
Мэдыцынскім сёстрам	„	раёнах—	35	„

1-XII—1928 г.
№ 95

Аб адмене рэгістрацыі хворых па статыстычных картках.

Н. К. Аховы Здароўя паведамляе, што з 1 студзеня 1929 г. рэгістрацыя хворых па статыстычным карткам, дзе гэткая існавала, прыпыняецца.

Далейшая рэгістрацыя і распрацоўка захварэньняў будзе рабіцца па індывідуальным картам, якія праз кожныя два-тры гады павінны будуць распрацоўвацца адпаведнымі ўстановамі.

Эпідэмічныя карткі захоўваюцца бяз зьмен.

На падставе вышэйадзначанага Вам неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу на забесьпячэньне індывідуальнымі карткамі тых лекавых устаноў, дзе яны павінны былі вясьціся да гэтага часу разам з статыстычнымі карткамі, як-та—усіх лекавых устаноў гораду і 25% устаноў па раёнам.

Не забараняецца ўвесьці індывідуальныя карткі і па ўсім раённым установам.

НКАЗ падкрэсьлівае, што скасаваньне статыстычных картак пры дрэнным забесь-

пячэньні ўстаноў індывідуальнымі карткамі паставіць пад угрозу усю сыстэму вучоту захварэньняў па БССР.

Адначасова трэба зьвярнуць ўвагу загадчыкаў адпаведных лекавых устаноў на якасны бок вядзеньня індывідуальных картак, як статыстычнага матар'ялу.

Народны Камісар
Аховы Здароўя *Барсукоў.*

Санітарны Інспэктар *Мельнікаў.*

27-XII—1928 г.
№ 411

Пра выпіску рэцэптаў.

Пры выпісцы рэцэптаў кожны пропіс належыць пісаць на паасобным аркушу.

Гэта правіла датычыцца як да лячэбных устаноў, таксама і да прыватнай практыкі.

НКАЗ прапануе Акрздравам шырока паведаміць аб гэтым усім дактаром, зубным дактаром, акушэркам і тым школьным фэльчаром, якім Акрздравам дадзена права выпісваць рэцэпты.

Дадзенае правіла, зразумела, не датычыцца выпісу лекаў па патрабаваньнях для надабнасьцяў самой лячэбнае ўстановы.

Народны Камісар
Аховы Здароўя *Барсукоў.*

Інспэктар Фарм. Часткі *Анішчанка.*

30-XII—1928 г.
№ 416

Аб водпуску сальварсану і йохімбіну.

Сальварсан (і ўсялякія дэрываты яго) і йохімбін не павінны адпускацца з аптэк без рэцэпта доктара.

Сальварсан (і яго дэрываты) належыць хаваць абавязкова у шафе „А" (атруты).

Йохімбін—у шафе „Б" (моцна дзейныя сродкі).

У аддзяленьнях ручнога продажа ані сальварсан, ані йохімбін знаходзіцца ня могуць.

Безадкладна па атрыманьні гэтага абежніка вынуць сальварсан (і яго дэрываты) і йохімбін з магазынаў санітарыі і гігіены.

Нар. Кам. Аховы Здароўя *Барсукоў.*

Інспэктар Фарм. Часткі *Анішчанка.*

9-I—1929 г.
№ 57

Аб абслугоўваньні прадпрыемстваў у сувязі з пераходам іх на 7-гадзінны рабочы дзень.

У бягучым гаспадарчым годзе рад прадпрыемстваў пераходзіць на 7-гадзінны рабочы дзень, некаторыя прадпрыемствы перашлі на 7-гадзінны рабочы дзень у 1927-28 годзе, другія перайдуць у 1929-30 годзе.

Пераход на 7-гадзінны рабочы дзень патрабуе некаторай рэарганізацыі працы лекава-прафіляктычных устаноў. г. зн.: пунктаў першае дапамогі, амбуляторый, кансультацый для жанчын і сталых ясьляў.

Народны Камісарыят Аховы Здароўя прапануе ў залежнасьці ад колькасьці занятых на прадпрыемстве рабочых, гадзін. зьмен і наяўнасьці лекава-прафіляктычнай секці, абмеркаваць на адміністрацыйнай нарадзе і пабудаваць плян абслугоўваньня рабочых прадпрыемстваў, працуючых у тры зьмены.

У прыватнасьці, Нар. Кам. Аховы Здароўя можа рэкамандаваць наступныя мерапрыемствы па рэарганізацыі працы лекава-прафіляктычных устаноў:

1. Мэдпункты на прадпрыемствах.—Доктар пункту павінен так разьмеркаваць свае гадзіны працы, каб яго маглі наведваць рабочыя ўсіх трох зьмен, напрыклад, ён працуе з 9 да 1 гадзіны і ўвечары з 6 да 8 (зразумела, гадзіны паказаны так, каб ахапіць з 9 да 1 гадзіны першую і другую зьмену. а з 6 да 8 гадзіны—трэцьцюю зьмену). Праца фэльчароў на пунктах павінна таксама прыстасоўвацца да зьмен рабочых. У некаторых выпадках трэба прыглашаць дапаўніцельнага фэльчара, а калі працуючых у начной зьмене зусім мала, можна застаўляць гэтую зьмену бяз фэльчара. Калі прадпрыемства ня мае свайго мэдпункта і абслугоўваецца агульнымі амбуляторыямі, трэба арганізаваць аказваньне першай дапамогі гэтымі амбуляторыямі.

2. Амбуляторная дапамога.—Акрамя павялічэньня амбуляторных прыёмаў у залежнасьці ад павялічэньня колькасьці рабочых, трэба прыстасаваць гадзіны працы габінэтаў так, каб яны маглі абслугоўваць усе тры зьмены. Тутака можна рэкамэндаваць пачатак працы не з 9, а з 8 гадзіны зранку, перапынак у абедзяныя гадзіны. Асабліва трэба зьвярнуць увагу на павялічэньне вячэрніх прыёмаў у амбуляторыях. Так як рабочыя дзяннай зьмены (зьмена каля 6 гадзін у вечары) могуць зусім не папасьць на вячэрні прыём, трэба для гэтых рабочых ужываць абавязкова запіс па тэлефону ў строга вызначаныя гадзіны праз фабзаўкомы. пункты першае дапамогі.

3. Кансультацыі для жанчын.—Для абслугоўваньня жанчын у кансультацыях трэба арганізаваць вячэрнія прыёмы. Так як начная праца цяжарным жачынам пасьля 5 мес. цяжарнасьці і тым, якія кормяць дзяцей, забаронена, кансультацыям трэба больш удзяляць увагі па тлумачэньню чаму забараняецца праца ўначы і трэба дабівацца аб пераводзе гэткіх жанчын на дзённую працу.

4. Ясьлі.—Акрамя дадзеных паказаньняў аб працы ясьляў Інспэктурай Ахматмладу трэба сачыць за тым, каб забясьпечыць ясьлямі 3 зьмены шляхам павялічэньня колькасьці ложкаў у ясьлях, калі гэта магчыма, альбо арганізаваць 3 прыёмы дзяцей. Трэба асабліва сачыць за чыстатой памяшканьняў і рэчаў уходу за дзецьмі.

5. Пляны аб мэдабслугоўваньні прадпрыемстваў, пераходзячых на 7-гадзінную працу, накіруйце ў НКАЗ. Тэрмін 1 месяц.

Нам. Нар. Каміс.
Аховы Здароўя *Ліфшыц*.

Інспэктар Лек.
Праф. Часткі *Шапавалаў*.

18-I—1929
№ 10

Пра абслугоўваньне Інспэктарамі НКАЗ падпарадкаваных устаноў.

Некаторыя з ліку беспасрэдна-падпарадкаваных НКАЗ устаноў зварочваюцца да адпаведных Інспэктароў НКАЗ, каб апошнія выконвалі тую ці іншую справу, якую належыць выконваць самому Загадчыку установы.

Так, напр., адзін загадчык просіць у НКАЗ выдаць пасьведчаньне яго супрацаўніку на прадмет хадайнічаньня аб дазволе на паездку ў прымежную паласу; другі загадчык установы зьвяртаецца да НКАЗ з просьбай напісаць адпаведнаму Акрздраву аб прыскарэньні высылкі грошаў для яго стажора; трэці загадчык просіць НКАЗ запытацца аб магчымасьці для яго ўстановы скарыстаць на некаторы час абсталяваньне такой-жа ўстановы і г. д.

Тое-ж самае робяць і розныя Камісіі, якія існуюць пры НКАЗ.

Так, сакратар аднэй камісіі зьвяртаецца да Інспэктара НКАЗ, каб той загатовіў тэксты розных адозваў ад імя Камісіі, каб ён выконваў усе пастановы гэтае Камісіі, нават і тыя, якія зусім не праходзяць па лініі НКАЗ; сакратар другой Камісіі патрабуе, каб Інспэктар НКАЗ складаў тэкст запытаньняў па тых справах, якія цікавяць гэтага сакратара; сакратар трэцяй Камісіі лічыць, што Інспэктары НКАЗ павінны складаць і пісаць тэкст абвестак; па тэлефону выклікаць на пасяджэньне сяброў апошняе—прадстаўнікоў розных устаноў і г. д., і г. д.

Многія загадчыкі ўстаноў зьвяртаюцца ў НКАЗ за разьвязваньнем такіх пытаньняў, якія трэба вырашаць ім самім, грунтуючыся на існуючых пастановах ураду, НКАЗ і інш. належных органаў.

Так, часта некаторыя загадчыкі запытваюць НКАЗ аб агульных і канкрэтных пытаньнях працоўнага характару (працяг працоўнага дня такога-та працаўніка і г. д.), у той час, калі гэткія пытаньні ў агульным відзе вырашаюцца на аснове існуючых палажэньняў, ведаць якія павінен загадчык кожнае ўстановы; у канкрэтных-жа спрэчных выпадках, калі маецца супярэчнасьць з праф. органамі, пытаньне маюць права разьвязваць толькі інстытуцыі НКПрацы. Запытываюць у НКАЗ дазволу на часовае замяшчэньне тэй ці іншай пасады на час камандыроўкі сталага працаўніка (не загадчыка ўстановы).

Іногды, калі закон нават прама паказвае, што дадзенае пытаньне павінны вырашаць загадчыкі ўстановы, не зьвяртаючыся да вышэйшых органаў, усё-ж-кі ўстанова накіроўвае „за дазволам" у НКАЗ. (Напр., наконт ускрыцьця ці ня ўскрыцьця цела памёршага).

Многія загадчыкі, калі Наркамздраву, паводле іх думкі, варта выпрацаваць якое-небудзь палажэньне, якое датычыцца гэтае ўстановы, ці выдаць абежнік па тэй справе, у якой зацікаўлена гэта ўстанова, лічаць, што ўся папярэдняя (у тым ліку нават і *тэхнічная* праца) праца (пісаньне праэктаў падліку, зьбіраньне матар'ялаў) ляжыць абавязкова на інспэктары НКАЗ.

Да якіх скажэньняў іногды даходзіць справа, відаць, напр., з гэткага выпадка. Адна ўстанова паведамляе, што яна самастойна ўвяла дарэмную выдачу амбулаторным хворым мінэральных вод; зважаючы на тое, што гэта патрабавала шмат выдаткаў і што яе грашовыя рэсурсы больш не дазваляюць гэтага рабіць, яна просіць НКАЗ „дазволіць ёй спыніць далейшую дарэмную выдачу мінэральных вод".

З гэтых паданых відаць, што—

1) некаторыя загадчыкі ўстаноў недастаткова ўспрынялі дырэктыву вышэйшых органаў аб правох і абавязках загадчыкаў устаноў,

і што 2) некаторыя загадчыкі ўстаноў ня могуць асвоіцца з пераходам да, так-званае, функцыянальнай сыстэмы.

На апошняе трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу ўстаноў.

З пераходам да функцыянальнае сыстэмы, НКАЗ больш ня мае аддзелаў; Інспэктары—адказныя выканаўцы (функцыянэры)—ня маюць аніякіх памоцнікаў, дзелаводаў, статыстыкаў і г. д.; кожны Інспэктар-функцыянэр вядзе адпаведную працу сам і толькі сам і, вядома, рашуча не павінны зьяўляцца тэхнічнымі працаўнікамі („пісарам") для розных камісій і падпарадкаваных НКАЗ устаноў.

НКАЗ патрабуе:

а) каб загадчыкі ўстаноў знаёміліся са ўсімі належнымі законамі і пастановамі ўраду і іншых вышэйшых органаў і, грунтуючыся на гэткіх, вырашалі пытаньні самі;

б) каб загадчыкі ўстаноў зьвярталіся ў НКАЗ па паасобных канкрэтных пытаньнях толькі ў тых выпадках, калі вырашэньне справы, паводле існуючых палажэньняў, выходзіць па-за-межы іх правоў.

У іншых выпадках загадчыкі маюць зварочвацца да НКАЗ выключна пры якіх-небудзь асабліва важных пытаньнях; або ў тых выпадках, калі ўласнымі сіламі ня было дасягнута жаданых вынікаў;

в) каб загадчыкі ўстаноў, калі яны ў парадку ініцыятывы ці скаргі лічаць неабходным выданьне Наркамздравам якога-небудзь палажэньня, інструкцыі, абежніка, ці простага ліста ад імя НКАЗ, абавязкова прыстаўлялі ў НКАЗ праэкт *у загатоўленым для подпісу відзе;*

г) каб сакратары розных камісій, якія існуюць пры НКАЗ, не запамяталі, што *камісіі* зьяўляюцца дапаможнымі для НКАЗ

органамі, а не наадварот, і каб'яны фактычна праводзілі тэхнічную падрыхтоўчую працу, не надзеючыся на перакладаньне гэткай на Інспэктароў НКАЗ.

Нам. Нар. Кам. Аховы Здароўя *Ліфшыц.*

За адказн. Сакратара *Анішчанка.*

19-I—1929
№ 413

Аб парадку водпуску сьпірытусу з аптэк.

Вінны сьпірытус (чысты і дэнатураваны) адпушчаецца з аптэк і аптэчных складаў выключна па рацэптах мэдычных, вэтэрынарных і зубных дактароў (дэнатурат—таксама па патрабаваньнях зубных тэхнікаў) за іх подпісам і іменнай пячаткай ці за іх подпісам на рэцэптавым блянку адпаведнае лячэбнае ўстановы і пячаткай дадзенае ўстановы.

Лячэбным і лябораторным установам вінны сьпірытус (чысты і дэнатураваны) адпушчаецца па афіцыйных патрабаваньнях гэтых устаноў за подпісам адпаведнае асобы і пячаткай.

З выданьнем гэтага абежніка скасоўваюцца наступныя абежнікі НКАЗ:

1) Ад 17-XII—1924 г. за № 1753;
2) „ „ „ „ № 1753-л;
3) „ 27-XI —1925 г. „ № 851;
4) „ 24-XII—1925 г. „ № 1165;
5) „ 13-X — 1926 г. „ № 2817-119.

Нам. Народнага Камісара Аховы Здароўя *Ліфшыц.*

Інспэктар Фарм. справы *Анішчанка.*

26-I—1929 г.
№ 9

Санітарныя правіла аб пахаваньні памершых.

1. Пахаваньне памершага магчыма быць дазволена толькі пасьля запісі аб сьмерці адпаведнымі органамі ЗАГС у парадку, прадугледжаным 22—27 арт. дадатку I да Кодэксу Законаў аб шлюбе, сям'і і апецы (Зб. Зак. БССР 1927 г., № 7, арт. 26).

2. Трупы памершых ад востра-заразьлівых хваробаў,—менавіта: халеры, плямістага (высыпнога) тыфуса, воспы, шкарлятыны, дыфтэрыі, насацізны (сапа) і сібіркі, калі да іх ня былі ўжыты меры да пазбаўленьня заразы,— павінны безадкладна вынасіцца з жыльлёвых памяшканьняў і хавацца не пазьней за суткі пасьля сьмерці.

3. Забараняецца хаваць целы памершых раней вытворчасьці судова-мэдычнага дасмотру іх у наступных выпадках: 1) калі ўзьнікла падазрэньне аб тым, што сьмерць зьявілася дзякуючы злачыннаму дзеяньню; 2) калі сьмерць наступіла хутка пасьля атрыманьня пакалечаньня, якія здарыліся паводле якогась вонкавага мэханічнага ці фізычнага націску; 3) у выпадках самагубства; 4) у выпадках раптоўнае сьмерці ад невядомае прычыны; 5) калі мёртвае цела было знойдзена; 6) калі ёсьць падазронасьць на тое, што сьмерць наступіла паводле ўмярцьвеньня ці няўмыснага выгнаньня плода ці неправідловага лячэньня.

4. Забараняецца нашэньне адчыненымі трупаў з нябожчыкамі ў тых выпадках, калі сьмерць пасьледвала ад востра-заразьлівых хваробаў, менавіта халеры, высыпнога (плямістага) тыфуса, воспы, шкарлятыны, ружы, дыфтэрыі, насацізны (сапа) і сібіркі, а таксама ўнясеньне гэткіх трупаў у царкву, кірху і т. п. і пакіданьне іх там, калі да цела памершага ня былі ўжыты меры пазбаўленьня ад заразы. Наяўнасьць прыняцьця вышэйпаказаных мер мае быць пасьведчана доктарам ці фэльчарам.

Забараняецца перавозка дамоў памершых ад вышэйпаказаных заразьлівых хваробаў у больніцах.

5. Выданьне дазволу на перавозку трупаў (быўшых, ці ня быўшых пахаванымі) з аднэй акругі ў другую, а таксама ў межах аднэй і тэй-жа акругі прадстаўляецца акруговаму санітарнаму доктару, які павінен з свайго боку паведамляць у гэткіх выпадках (аб дадзеным ім дазволу) санітарнага доктара тэй акругі, куды гэты труп перавозіцца.

6. Вырываньне трупаў і перавозку трупаў з нябожчыкамі можа быць дазволена пры ўмове дасканальнага захаваньня тых правілаў, якія будуць на гэты конт паказаны санітарным даглядам.

7. Трупы асобаў, якія загінулі ад незаразьлівых хваробаў, могуць быць вырываемы для перавозкі незалежна ад часу пахаваньня. Выраваньне-ж для гэтага трупаў памершых ад востра-заразьлівых хваробаў, менавіта: халеры, высыпнога (плямістага) тыфуса, воспы, шкарлятыны, ружы, дыфтэрыі, насацізны (сапа) і сібіркі, можа дазваляцца не раней за адзін год пасьля пахаваньня.

8. Мёртвыя целы могуць быць перавазімы з-за межаў дзеля пахаваньня ў межах БССР з дазволу органаў Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя, аб чым ставяцца ў вядомасьць належныя мытныя органы.

9. Трупы, якія перавезены з-за межаў СССР для пахаваньня ў межах БССР, зьмяшчаюцца ў падвойную труну, шчыльна залітаваную, мэталічную, заключоную ў шчыльную дзеравяную. Выкананьне гэтага патрабаваньня пасьведчываецца адпаведнымі паўнамоцнымі прадстаўніцтвамі, пасольствамі, місіямі, консульствамі СССР.

10. У выпадку прывоза трупа з-за межаў без належнага дазволу (арт. 8), апошні пахоўваецца на бліжэйшых да мяжы могілках.

Народны Камісар Аховы Здароўя *Барсукоў.*

Нам. Народнага Камісара Унутраных Спраў *Кроль.*

Узгоднена:

Упаўнаважаны НКЗС СССР пры Ўрадзе БССР *А. Ульянаў.*

1-II—1929 г.
№ 52.

Аб узаемаадносінах паміж ворганамі аховы здароўя і Дзяржстраху.

Ворганы Дзяржстраху карыстаюцца дапамогай дактароў, працуючых у мэдыка-санітарных установах, у парадку згоды з дактарамі. Бываюць выпадкі, калі ворганам Дзяржстраху патрабуюцца даведкі ад мэдустаноў як пры заключэньні страхаваньня, так і пры няшчасных выпадках.

З мэтай забясьпечаньня правідловых узаемаадносін паміж ворганамі аховы здароўя і Дзяржстраху, НКАЗ прапануе прыняць для кіраваньня наступнае:

1. Запрашэньне дактароў вытвараецца ворганамі Дзяржстраху па ўзгадненьню кандыдатуры доктара з ворганамі аховы здароўя, пры гэтым ворганы аховы здароўя аказываюць садзейнічаньне ворганам Дзяржстраху ў падбору адпаведных дактароў.

2. Праца дактароў па абслугоўваньню кантынгэнта страхавацеляй павінна вытварацца ў няслужбовы час, калі доктар займае пасаду ў ворганах аховы здароўя.

3. Установы аховы здароўя ў неабходных выпадках, па запытаньням ворганаў Дзяржстраху, павінны выдаваць даведкі аб становішчы здароўя, няшчасных выпадках, сьмяротнасьці і інш. страхуемых асоб.

4. Мерапрыемствы па арганізацыі ўстановамі Дзяржстраху прафіляктычнай дапамогі і іншых мерапрыемств па ахове здароўя страхуемых павінны праводзіцца па ўзгадненьню гэтых мерапрыемств з ворганамі аховы здароўя.

Ар. п. Нар. Кам.
Аховы Здароўя *Барсукоў*.

Інсп. Лячэбнай Справы *Шапавалаў*.

Правідлова: Дзелавод *Окунь*.

Рэзалюцыя I Усебеларускага Зьезду отолярынголёгаў:

а) па арганізацыйным пытаньням.

Зьезд адзначае вялікае дасягненьне за час існаваньня Савецкай Улады па разьвіцьцю ОРЛ у БССР, якое выразілась у наступным: арганізавана катэдра і клініка з стацыянарам па хваробах вуха, горла і носу пры БДУ, створана НКАЗ упервые амбуляторная сець па ОРЛ (30 габін.), павялічана колькасьць спэцыялістаў (з 11 да 41), пастаўлена навукова-практычнае вывучэньне барацьбы з рынасклеромай, арганізавана пры Вуч. Мэд. Савеце НКАЗ склеромная камісія і арганізарана 5 ложкаў для хворых рынасклеромай пры клініцы.

Зьезд лічыць у далейшым неабходным:

1. Каб прадугледжаныя па 5-гадоваму пляну НКАЗ пашырэньне габінэтаў і ложкаў па абслугоўваньню насельніцтва дапамогай па вуху, горлу і носу, а таксама разгортваньне отолярынголёгічных габінэтаў у Сухотных і Дзіцячых Дыспансэрах былі цалкам праведзены ў жыцьцё.

2. Пры пляніраваньні спэцыяльных відаў дапамогі імкнуцца да распаўсюджваньня габінэтаў па вуху, горлу і носу па прамысловым цэнтрам і буйным мястэчкам, зьвярнуўшы асаблівую ўвагу на плянавае разгортваньне спэцыялістаў паміж акругамі і ўнутры апошніх.

3. У тых гарадох, дзе отолярынголёгічныя габінэты зараз абслугоўваюць толькі застрахаваных, трэба забясьпечыць гэтымі відамі дапамогі і іншыя групы насельніцтва.

4. Каб Мэдфак БДУ зьвярнуў асаблівую ўвагу на пашырэньне тэорэтычных і практычных ведаў па ОРЛ дактароў, якія скончываюць Мэдфак, каб доктар на вучастку меў магчымасьць аказваць неабходную дапамогу, а ў неабходных выпадках сваечасова накіроўваць да спэцыяліста.

5. Клініцы па вуху, горлу і носу мець цесную сувязь з Інстытутам Сацыяльнай Гігіены і клінікай праф. хвароб з мэтай вывучэньня сацыяльных момантаў у разьвіцьці хвароб па вуху, горлу і носу, асабліва рынасклерома.

6. Пашырыць і паглыбіць прафіляктычную працу ОРЛ габінэтаў, праводзячы агляды працоўных на прадпрыемствах, а таксама школьнікаў і падлеткаў і пераводзячы працу габінэтаў на дыспансэрны мэтад.

7. Пашырыць санасьветную працу ў галіне ОРЛ праз лекцыі, доскі здароўя, друк і інш., зьвярнуўшы ўвагу дамоў санасьветы на гэтую галіну.

8. Даць магчымасьць ОРЛ павышаць сваю кваліфікацыю шляхам пасылкі іх на курсы ўдасканаленьня ў Менск і інш. навуковыя цэнтры.

9. Наладзіць забясьпечаньне ОРЛ габінэтаў інструмэнтарыем і апаратурай, якія неабходны ў штодзеннай працы габінэтаў.

10. Цяжкія ўмовы працы отолярынголёгаў—рыск заражэньня сухотамі, дыфтэрытам, люэсам, склеромай і ўсялякай капельнай інфэкцыяй у час працы, прабываньне ў цёмным пакоі пры моцнай напруджанасьці зроку, утамлючагася асабліва ад блізка разьмяшчонай моцнай крыніцы сьвятла, ізаляцыя ад сонечнага сьвятла—патрабуюць разрашэньня пытаньня перад адпаведнымі органамі аб правядзеньні ў жыцьцё пастановы II Усесаюзнага Зьезду Отолярынголёгаў аб абмежаваньні рабочага дню 4 гадзінамі, зьмяншэньня прыняцьця колькасьці амбуляторных хворых (ня больш 25) і прадастаўленьня права на дадатковы водпуск, увіду асобай профшкоднасьці ўмоў працы дактароў-отолярынголёгаў нараўне з фізіятарамі, рэнтгенолёгамі і інфэкцыяністамі.

11. Прызнаць неабходным арганізацыю Бел. ОРЛ Т-ва.

12. Для ажыцьцяўленьня задач, якія стаяць перад клінікай ня толькі ў сэнсе навукова-лекавым, але і ў сэнсе падрыхтоўкі кваліфікаваных працаўнікоў дзеля абслугоўваньня паказанай сеці і спэцыяльных аддзяленьняў у акруговых гарадох, прыняць мерапрыем-

ства да забясьпечаньня яе больш адпаведным памяшканьнем і неабходным штатам супрацаўнікоў, а таксама забясьпечаньнем неабходнай літаратурай і вучэбна-дапамагальнымі пасобіямі.

13. У сувязі з сацыяльнымі інтарэсамі даложаных на Зьезьдзе дакладаў і ў мэтах захаваньня іх як навуковага матар'ялу І-га Ўсебеларускага Аб'яднаньня ОРЛ, лічыць неабходным выданьне іх асобным томам у якасьці прац Зьезду.

б) па барацьбе з скляромай.

Заслухаўшы даклады праф. Бурака аб клініцы, паталёгіі і тэрапіі, праф. Эльберта аб бактэрыолёгіі, д-роў Лаунберга і Ліўшыца аб рэнтгенатэрапіі, д-ра Лапотка аб вэгэтатыўнай нэрвовай сыстэме ў скляромных хворых, а таксама захворваньні скляромай залозы Лошка, д-роў Канановіча, Шыка, Блоха, Мельнікавых, Бараша і Кавалерчыка аб склероме ў Гомельшчыне, Меншчыне, Случчыне, Бабруйшчыне, Магілеўшчыне, Мазыршчыне і Полацку, праф. Цітова—паведамленьне аб гісталёгіі—1-шы Ўсебеларускі Зьезд ОРЛ знаходзіць, што ў справе вывучэньня барацьбы з гэтым захворваньнем у Беларусі маюцца значныя дасягненьні.

1. НКАЗ пры Навуковым Мэдыц. Сав. арганізавана ў 1926 г. камісія па вывучэньню і барацьбе з скляромай, якая на працягу апошніх гадоў абмяркоўвала пытаньне эпідэміолёгіі, бактэрыолёгіі, клінікі і тэрапіі скляромы, а таксама распрацавала мэтодыку абсьледваньня эпідэмічных асяродкаў гэтага захворваньня ў Беларусі шляхам экспэдыцыоннай працы.

2. Пытаньні клінікі і паталёгіі скляромы, а таксама тэрапіі гэтага захворваньня распрацованы з дастатковай паўнатой і на вельмі вялікім матар'ялу клінікай вуха, горла і носа Б.Дз.У. і будуць у бліжэйшы час абвешчаны праф. Бураком у адпаведнай манаграфіі, а таксама ў працах яго супрацаўнікоў.

3. Адзначаецца значная праца, зробленая ў вушных габінэтах Беларусі ў адносінах вывучэньня скляромы ў акругах.

4. Пытаньні бактэрыолёгіі і сэралёгіі скляромы атрымалі навуковую распрацоўку ў Беларускім Мікрабіолёгічным Інстытуце і прывялі да магчымасьці дакладнай лябараторнай дыягностыкі гэтага захворваньня. Даныя праф. Эльберта і яго супрацоўнікаў былі абвешчаны ў 14 навуковых працах у Саюзе і за межай сабраны ў манаграфіі „Бактэрыолёгія скляромы“, былі даложаны на 1 Міжнародным Зьезьдзе ОРЛ у Капенгагэне ў 1928 г. Сэралёгічны аналіз рынаскляромы, які зьяўляецца вельмі дакладным мэтадам дыягностыкі, у сучасны момант праводзіцца ўва ўсіх буйных лябараторыях БССР (Менск, Віцебск, Гомель, Магілеў).

На падставе атрыманых матар'ялаў Зьезд О Р Л лічыць неабходным:

1. Папоўніць Цэнтральную Камісію па вывучэньню скляромы ў БССР некалькімі прадстаўнікамі як з мейсц, так і мясцовымі па паказаньню Праўленьня таварыства ОРЛ і даручыць гэтай камісіі распрацоўку пляну навукова-практычнай дзейнасьці барацьбы са скляромай.

2. Увесьці абавязковы вучот скляромы па аднолькаваму ўзору пры ўжываньні індывідуальных картак, узор якіх распрацаваць цэнтральнай скляромнай камісіі.

3. Надавая вельмі важнае значэньне пытаньню аб распаўсюджваньні гэтага захворваньня ў Беларусі, арганізаваць шляхам экспэдыцый абсьледваньне эпідэмічных асяродкаў. ЦСК распрацаваць плян і знайсьці сродкі дзеля ажыцьцяўленьня гэтай задачы.

4. Увесьці ўва ўсіх бактэрыолёгічных лябараторыях БССР, там дзе вытвараецца рэакцыя Васэрмана, абавязковую сэрадыягностыку скляромы па схэме БМІ, у тых мясцох. дзе гэта прадстаўляецца пакуль што немагчымым, кроў адпраўляць у Менск.

5. Лічыць сваечасовым мець пры Цэнтральнай Скляромнай Камісіі больнічную ўстанову, у якой канцэнтраваліся-б усе найбольш цяжкія выпадкі скляромы са ўсіх акруг і дзе была-бы сканцэнтравана навукова-дасьледчая праца ў галіне паталёгіі, клінікі, бактэрыолёгіі, эпідэміолёгіі і тэрапіі, дзе вёўся бы вучот і дакладная распрацоўка ўсіх матар'ялаў па БССР, дзеля чаго паставіць перад Навуковым Мэдыцынскім Сав. пытаньне аб арганізацыі ў Менску „Станцыі па барацьбе са скляромай“ з аддзяленьнямі: клінічным і экспэрыментальна-бактэрыолёгічным. Ускласьць экспэрыментальна-бактэрыолёгічную частку на Беларуск. Дзярж. Мікр. Інст., а клінічную — на клініку вуха, горла і носа. Часова да адчыненьня станцыі неабходна пашырыць колькасьць ложкаў пры клініцы вуха, горла і носа ў бліжэйшы-ж час, хаця-б на 10 ложкаў, ня лічачы маючыхся 23 ложкаў.

У мэтах азнаямленьня ўрачэбных мас з гэтымі захворваньнямі, а таксама і вясковага насельніцтва, зьезд лічыць мэтазгодным:

а) надрукаваць усе матар'ялы зьезду па скляроме;

б) пэрыядычна асьвятляць па накапленьні навуковага матар'ялу на старонках Беларускай Мэдычнай Думкі пытаньне аб скляроме;

в) дабівацца пастаноўкі на 3-м Усесаюзным Зьездзе ОРЛ у Адэсе гэтай тэмы, у парадку праграмнага дакладу;

г) праводзіць санасьветную працу сярод вясковага насельніцтва ў мэтах ранейшага распазнаваньня захворваньняў, што ў гэты момант зьяўляецца найбольш важнай мэтай профіляктыкі;

д) паставіць перад Ц. Скл. Камісіяй пытаньне аб распрацоўцы мэтадаў профіляктыкі скляромы на падставе сучасных навуковых данных;

е) паглыбіць навуковую працу ў галінах вывучэньня эпідэміолёгіі і сацыяльнай паталёгіі скляромы.

в) аб глуханемаце ў Беларусі.

Зьезд канстатыруе, што:

1. Глуханемата кладзецца цяжарам на дзяржаву і вобчаства.

2. У убуйненай Беларусі па стат. паданым ЦСК за 1926 г. і па паведамленьням з месц маецца звыш дзесяці тысяч глуханямых (4758—ЦСК глуханематы ўраждзёнай, астатнія — набытыя пасьля перанесеных розных інфэкцыйных хвароб).

3. Лік глуханямых дзяцей школьнага ўзросту (ад 6 год) маецца каля 800 чал.

4. Сярод паказаных вышэй дзяцей школьнага ўзросту маюцца дзеці з некаторымі рэшткамі слуху.

5. Барацьба з глуханематой вядзецца надзвычайна слаба ня толькі ў акругах, куды зьвяртаецца ўся сялянская маса (87%), але і ў цэнтры.

6. Перавод школы глуханямых з г. Менску ў г. Мсьціслаўль немэтазгодным.

Пастанаўляе:

1. У мэтах прафіляктыкі глуханематы даблізіць ото-лярынголёгічную дапамогу сялянскаму насельніцтву.

2. У віду таго, што г. Менск зьяўляецца навуковым цэнтрам (вушная клініка) отолярынголёгічнай дапамогі, якім могуць быць выпрацаваны як пэдагагічныя (Пэдфак), так і лекавыя мерапрыемствы. Зьезд лічыць неабходным перавесьці школу глуханямых назад у Менск, пашырыўшы і ператварыўшы яе ў Цэнтральны Беларускі Інстытут для глуханямых па прыкладу суседніх брацкіх Рэспублік.

1—4-XII—1923 г.

Рэзалюцыя Ўсебеларускай Канфэрэнцыі Саюзу Мэдсанпрацы па дакладу НКЗдраву БССР „Аб выкананьні дырэктыў, даных VIII Усебеларускім Зьездам Саюзу МСП, Наркамздраву і аб сваёй працы за 1928 год“.

Заслухаўшы даклад тав. Барсукова аб выкананьні дырэктыў, даных VIII Усебеларускім Зьездам Саюзу МСП Наркамздраву, Усебеларуская канфэрэнцыя адзначае, што галоўныя задачы, якія былі пастаўлены перад НКАЗ VIII Зьездам, выконваюцца, дзякуючы чаму мы маем наступныя дасягненьні ў працы НКАЗ:

1. Бюджэт на 1928-29 г. складзены своячасова і ў дастатковай ступені прапрацаваны з ЦПС і АПС, але недастатковa прапрацаваны з нізавымі прафарганізацыямі.

2. Узяты правільны курс на якаснае палепшаньне мэдыка-санітарнай справы, праведзен шэраг канфэрэнцый па асобным галінам мэдыцыны, на якіх дэтальна разгледжаны пытаньні па зубаўрачаваньню, сухотам і санітарыі, але созыў іх не заўсёды ўзгадняўся з ЦП Саюзу МСП.

3. Адчынены Сухотны і Одонтолёгічны Інстытуты.

4. Пачата пабудова хіміка-фармацэўтычнага заводу і Інстытуту фізычных мэтадаў лячэньня.

5. Павялічана колькасьць ложкаў па сухотам (скурнаму, костнаму і лёгачнаму), псыхіятрыі і гінэколёгіі.

6. Пачата арганізавая барацьба з рынасклеромай і ваўчанкай.

7. Часткова павялічана зарплата малодшаму мэдпэрсаналу ў горадзе, часткова выраўнена зарплата мэдпрацаўнікоў, атрымліваючых датацыю па фонду „Г“ з тымі, якія не атрымліваюць яе.

8. Частка выдаткаў з фонду „Г“ пераведзена на дзяржаўны і мясцовы бюджэт.

Разам з гэтым Усебеларуская Канфэрэнцыя высоўвае перад органамі Аховы Здароўя наступныя чарговыя задачы:

1. Канстатуючы, што колькасная мэдыка-санітарная сетка недастакова, лічыць неабходным працягваць працу ў галіне пашырэньня яе, асабліва зварочваючы ўвагу на якаснае палепшаньне існуючых устаноў. НКАЗ настойвае на тым, каб пры далейшым разьвіцьці мэдыка-санітарнага абслугоўваньня працоўных мас яно адпавядала патрэбам агульнага разьвіцьця народнай гаспадаркі.

2. Прымаючы пад увагу, што далейшае пашырэньне мэдыка-санітарнай сеткі цалкам упіраецца ў новае будаўніцтва, НКАЗ у далейшым у 5-гадовым пляне прадугледзіць дастатковы водпуск сродкаў на капітальнае будаўніцтва і ў першую чаргу па псыхіятрыі; адзначаючы, што пляны новага будаўніцтва мэд.-сан. устаноў (І-н фіз. мэтадаў лячэньня, нэрв. санатор. у Полацкай акрузе) не ўзгадняліся з саюзнымі арганізацыямі, НКАЗ распрацаваць падрабязны плян будаўніцтва па розным галінам, узгадняючы яго з прафсаюзнымі арганізацыямі, а таксама павялічыць кіраўніцтва з боку НКАЗ па будаўніцтву і рамонту мэдыка-санітарных устаноў.

3. Адзначыць, што да цяперашняга часу НКАЗ не рэалізаваў пастанову СНКБ аб прадугледжаньні кватэр для мэдпэрсаналу пры будаўніцтве мэдыка-санітарных устаноў у раёнах. У далейшым НКАЗ узмацніць нагляд за выкананьнем гэтае пастановы СНКБ. У першую чаргу лічыць неабходным, каб кватэры для мэдпрацаўнікоў пры капітальным будаўніцтве ў 5-гадовым пляне НКАЗ прадугледжваліся побач з вясковымі і для мэдпрацаўнікоў псыхіятрычных, а таксама і санаторных устаноў.

4. Прыдаючы асаблівае значэньне перадвіжэньню мэдпрацаўнікоў на вучастку, прадугледзіць у 5-гадовым пляне НКАЗ водпуск сродкаў на ўтрыманьне транспарту.

5. Прыняць усе меры да далейшага павялічэньня зарплаты адсталых груп працаўнікоў, адначасова прымаючы ўсе меры да падраўнаньня зарплаты мэдпрацаўнікоў да мінімуму, які існуе па РСФСР. У далейшай працы па дзяржаўнаму нарміраваньню зарплаты вылічваць стаж і кваліфікацыю мэдпрацаўнікоў з фонда „Г“, а таксама ісьці па шляху ўраўнаньня зарплаты не атрымліваючых датацыі да зарплаты працаўнікоў, атрымліваючых датацыю.

6. Прыдаючы вельмі вялікае значэньне санітарнай і школьна-санітарнай справе і маючы на ўвазе цяжкасьці выкананьня гэтых

задач, а таксама тыя труднасьці, якія маюцца пры ўкамплектаваньні працаўнікамі ў гэтай галіне (нізкая зарплата, забараненьне мець саўмясьціцельства, займацца прыватнай практыкай), лічыць неабходным павялічыць зарплату гэтым працаўнікам.

7. Вучытваючы недастатковую працу органаў аховы здароўя ў галіне судовай мэдыцыны, НКАЗ неабходна разам з НКЮ зьвярнуць большую ўвагу на гэту працу, упарадкаваўшы яе, асабліва на раёне, а таксама ўпарадкаваўшы пытаньне з аплатай урачэй, якія вядуць гэтую працу.

8. Прымаючы пад увагу, што матар'яльна-бытавое становішча мэдпрацаўнікоў сяла па БССР адсталае ад іншых Рэспублік, НКАЗ неабходна прыняць у далейшым самыя энэргічныя меры да выданьня палажэньня аб матар'яльна-бытавом становішчы мэдпрацаўнікоў сяла аналёгічнага РСФСР.

9. У сувязі з недастатковай колькасьцю заразных баракаў на раёнах, НКАЗ у 5-гадовым пляне прадугледзіць арганізацыю гэтых баракаў пры кожнай раённай больніцы, адчыняючы іх па магчымасьці ў першую чаргу ў тых раёнах, якія больш паражаны пошасьцю.

10. Прыдаваючы вельмі паважнае значэньне працы па рабочаму кантролю ў ляч. сан. установах, НКАЗ разам з ЦП Саюзу распрацаваць формы і парадак гэтага кантролю.

11. Падкрэсьліваючы тое, што некаторыя райдактары і галоўдактары недастаткова ўдзяляюць увагі вытворчым нарадам, НКАЗ неабходна прыняць усе меры дзеля ізжыцьця гэтых недахопаў. Лічыць неабходным НКАЗ паставіць перад СНК пытаньне аб выдзяленьні спэцыяльных сродкаў дзеля прэміраваньня працаўнікоў.

12. НКАЗ распрацаваць пытаньне і прыняць адпаведныя мерапрыемствы для арганізацыі курсаў па ўдасканаленьню сярэдняга і малодшага мэдпэрсаналу.

13. У сувязі з ненармальным становішчам з пытаньнем аб выкананьні абавязковага стажу скончыўшых ВУЗ'ы і Мэдтэхнікумы, а таксама выкананьня практыкума студэнтамі, дзякуючы недастатковым асыгнаваньням на гэту справу НКАЗ, дабівацца яшчэ большых асыгнаваньняў на гэту справу.

14. Адзначаючы маючуюся ў НКАЗ правільную лінію па пасылцы на акругі і раёны ардынатараў, скончыўшых ардынатуру пры мэдфаке БДУ і маладых дактароў, скончыўшых мэдфак БДУ, адначасова канфэрэнцыя канстатуе нежаданьне дактароў і ардынатараў выканаць свае абавязкі, а пагэтаму прапанаваць НКАЗ, прыняць самыя рашучыя меры для выкананьня гэтымі дактарамі сваіх абавязкаў.

15. Адобрыць лінію НКАЗ, выказаўшуюся ў тым, што маладым дактарам, якія накіроўваюцца на самастойную працу, давалася магчымасьць адбыць стаж пры акруговых больніцах ня менш 3-х месяцаў.

16. Адзначаючы, што яшчэ ня поўнасьцю выканана пастанова VIII Зьезду Саюзу па пытаньню аб узаемаадносінах паміж мэдпрацаўнікоў і насельніцтвам і канстатуючы яшчэ маючыяся ў некаторых мейсцах па БССР асобныя выпадкі ненармальных узаемаадносін паміж мэдпрацаўнікамі і насельніцтвам, НКАЗ неабходна прыняць усе належныя меры для ізжыцьця іх, для чаго неабходна павялічыць папулярызацыю ўмоў працы, у якіх прыходзіцца працаваць мэдпрацаўнікам.

17. З мэтай дачы магчымасьці большай колькасьці дактароў павысіць сваю кваліфікацыю, лічыць неабходным НКАЗ распрацаваць пытаньне аб пэрыядычнай зьменяемасьці гарадзкіх ардынатараў у клініках гор. Менску па прыкладу зьменяемасьці унівэрсытэтскай ардынатуры, вучытываючы пры гэтым якаснае абслугоўваньне хворых Менскай акругі а таксама тое, што гор. Менск зьяўляецца сталічным цэнтрам.

18. Паставіць пытаньне перад органамі аховы здароўя аб пашырэньні і палепшаньні працы па лячэньню вэнэрычных хворых, а таксама прадугледзіць у пляне НКАЗ арганізацыю інтэрнату ў тых акруговых гаралох, дзе маецца значнае распаўсюджаньне вэнэрычных хвароб і дзе ў гэтым маецца значная патрэбнасьць.

19. Распрацаваць разам з Галоўсацстрахам палажэньне аб кіраўніцтве і скарыстоўваньні мясцовага санаторна-курортнага фонду і дамоў адпачынку з тым, каб за кошт гэтага скараціць накіраваньне хворых за межы БССР. Нэрвовую санаторыю ў Полацкай акрузе ўзяць на дзяржбюджэт.

20. Прыдаючы вельмі вялікае значэньне часопісу „Беларуская Мэдычная Думка“, лічыць неабходным павялічыць папулярызацыю яго паміж мэдпрацаўнікоў і дабіцца большых асыгнаваньняў на выданьне яе.

21. Праверыць і ўзмацніць працу грамадзкіх арганізацый, сэкцый аховы здароўя, санітарных камісій сельскіх саветаў, Сав. Сац. Дапамогі і г. д.

22. Адобрыць скліканьне Ўсебеларускага Зьезду вучастковых дактароў і правесьці ў акругах папярэднія акруговыя Зьезды.

23. Шырэй разгарнуць сан. асьветную працу, асабліва па лініі барацьбы з п'янствам, прастытуцыяй і рэлігійнымі забабонамі.

24. Органам аховы здароўя прыняць вялікі ўдзел у перавыбарчай кампаніі саветаў пад лёзунгам шырокіх мерапрыемстваў па аздараўленьні труда і быта рабочых і сялян.

25. Павялічыць колькасьць навуковых камандыровак вучастковых урачоў.

26. Даручыць НКАЗ паставіць пытаньне перад СНКБ аб хутчэйшым зацьверджаньні палажэньня аб інспэкцыях і райздравах.

27. Адзначыць, што пры новым будаўніцтве не прадугледжваліся культустановы, пагэтаму прыняць меры к зьнішчэньню гэтага зьявішча.

28 Прымаючы пад увагу агромністае значэньне ў дзеле аховы здароўя трудзячыхся, правільную арганізацыю мэдыцынскага забясьпечаньня, адзначыць, што да гэтага часу ў віду цэлага шэрагу аб'ектыўных прычын, рацыяналізацыя аптдзела Наркамздравам яшчэ ў недастатковай ступені праведзена

Канфэрэнцыя з прычыны гэтага ставіць перад Наркамздравам чарговыя задачы:

а) Узмацніць кіраўніцтва справай мэд. забясьпечаньня.

б) Пасьпяшыць правядзеньне рацыяналізацыі аптдзела.

в) Распрацаваць тып сельскай і гарадзкой аптэкі.

29. Лічыць неабходным НКАЗ падняць пытаньне перад СНКБ аб прыраўнаньні Белмэдгандлю і Аптэкакіраўніцтваў к акцыянерным таварыствам, у сэнсе адлічэньняў у фонд палепшаньня быту.

Рэзалюцыя Сэсіі Савету Ўсебеларускага Саюзу Калектыўных Гаспадарак па дакладу Нар. Кам. Аховы Здароўя БССР.

Заслухаўшы даклад Наркамздрава БССР, Сэсія Савету адзначае, што Наркамздравам пачата праца па абслугоўваньню мэдыка-санітарнай дапамогай калектыўных гаспадарак, але разам з тым,—Сэсія канстатуе, што гэта абслугоўваньне крайне недастаткова і не адпавядае рэальным патрэбам калгасаў. Таксама значэньне гэтага абслугоўваньня яшчэ ня цалкам асазнана раённай мэдычнай арганізацыяй і апошняя не здавальняе гэтага важнейшага вучастку сацыялістычнага сэктару народнай гаспадаркі на вёсцы.

У далейшым Сэсія лічыць неабходным:

1. Для забясьпечаньня мэдыка-санітарнай дапамогай калектыўных гаспадарак, апошнія павінны быць прымацаваны да бліжэйшых мэдыка-санітарных установаў (больніцы, амбуляторыі, кансультацыі). Пры найбольш буйных калектыўных гаспадарках, а таксама і пры куставых аб'яднаньнях. маючых у кожным калгасе альбо куставом аб'яднаньні ня менш 100 чал. дарослага насельніцтва (ад 16 гадоў), арганізаваць мэдычныя пункты першай дапамогі, якія неабходна Наркамздраву прадугледзіць у сваім пяцігадовым пляне і разгортваньне якіх пачаць з новага бюджэтнага году—1929-1930. У гэтым годзе забясьпечыць апошнія аптэчкамі для аказаньня першай дапамогі, 50% за кошт НКАЗ і 50% за кошт калгасаў, усклаўшы аказаньне гэтае дапамогі на аднаго з рабочых, які павінен быць азнаёмлен з гэтай працай доктарам з бліжэйшай больніцы альбо амбуляторыі.

2. Пры разьмеркаваньні сялянскіх мясцоў на курорты і санаторыі ў 1928-29 г., вызначыць сталую колькасьць месц для калгасьнікаў і даручыць Прэзыдыуму Савету ўстанавіць дасканальна гэтую колькасьць сумесна з Наркамздравам. Акрамя таго даручыць Прэзыдыуму прыступіць да арганізацыі курортнага фонду ў калгасах.

3. У калектыўных гаспадарках, налічваючых ня менш 15 дзяцей ясельнага ўзросту, трэба ў першую чаргу арганізаваць палявыя яслі і імкнуцца да арганізацыі сталых ясьляў, працуючых увесь год, скарыстоўвая для гэтае патрэбы таксама сродкі калгасаў. прычым колькасьць ясьляў дасканальна ўстанавіць Прэзыдыуму Савету разам з Наркамздравам. Раённым кансультацыям ужываць выезды ў калгасы пераважна перад выездамі на вёску.

4. Наркамздраву прадставіць актыўным работніцам калгасаў сталую колькасьць месц па падрыхтоўцы пэрсаналу для ясьляў.

5. Ужываць пэрыядычныя (два разы ў год) агляды рабочых і членаў іх сямей, усклаўшы гэтыя абавязкі на бліжэйшага вучастковага доктара. Таксама практыкаваць сыстэматычнае нагляданьне за санітарным становішчам калектыўных гаспадарак як з боку санітарных, так і вучастковых дактароў.

6. Лічыць неабходным праводзіць пляніраваньне ўноў будуючыхся калектыўных гаспадарак з удзелам акруговага санітарнага доктара.

7. Пашырыць жыльлёвае будаўніцтва калектыўных гаспадарак, аднначасова зьвярнуўшы ўвагу на палепшаньне санітарна-гігіенічнага становішча існуючых калгасаў (форткі, памыйныя ямы, прыбіральні).

8. Забясьпечыць усе калектыўныя гаспадаркі студнямі і лазьнямі.

9. Забясьпечыць санасьветнае абслугоўваньне калгасаў шляхам пастаноўкі лекцый, бясед, забясьпечваньня санасьветнай літаратурай і набліжэньня па лініі каапэрацыі санітарна-гігіенічных рэчаў (мыла, зубныя шчоткі і г. д.).

10. Арганізаваць пры калгасах ячэйкі аховы здароўя, узгадніўшы працу іх з працай мясцовых грамадзкіх арганізацый (санкамісіі пры Сельскіх Саветах, Савет Сацыяльнай Дапамогі пры больніцах і амбуляторыях, Чырвоны Крыж).

11. Для палепшаньня мэдычнай дапамогі ў калгасах неабходзен удзел калгасаў з матар'яльнага боку на тыя мерапрыемствы, якія праводзяцца звыш пляну Наркамздрава.

12. Сродкі калгасаў павінны ісьці на наступныя патрэбы:

а) Новае будаўніцтва мэдыка-санітарных установаў (яслі, кансультацыі, пункты першай дапамогі).

б) Абсталяваньне мэдыка-санітарных установаў інвэнтаром агульнага характару і забясьпечаньня камунальнымі паслугамі (водазабясьпека, асьвятленьне, ацяпленьне).

в) Забясьпечаньня ў ясьлях прадуктамі харчаваньня (натурай).

г) Утрыманьне некваліфікавага пэрсаналу ў ясьлях.

д) Прадстаўленьне мэдпэрсаналу вучастковай больніцы і амбуляторыі транспарту як для пэрыядычных аглядаў і санітарнага нагляду, так і для аказаньня мэддапамогі ў калгасах.

13. Пры ўсіх калгасах арганізаваць спэцыяльныя фонды паляпшаньня быту, у прыватнасьці аховы здароўя.

14. Пабудову пляну Наркамздрава па разгортваньні мэдыка-санітарных установаў на вёсцы неабходна ўзгадняць з Прэзыдыумам Белказпсаюзу.

15. Адказнасьць за мэддапамогу ў калгасах ускладаецца на НКАЗ і яго органы на мясцох пры актыўнай дапамозе ў гэтай справе з боку Белкаапсаюзу.

Резолюция Военно - Санитарной Конференции Белорусского Военного Округа по докладу Народного Комиссара Здравоохранения Белорусской Социалистической Советской Республики тов. М. И. Барсукова о медико-санитарном обслуживания Красной Армии.

Военно-Санитарная Конференцыя Белорусского Военного Округа, заслушав доклад Народного Комиссара Здравоохранения БССР М. И. Барсукова, одобряет общую линию работы Наркомздрава в деле медико-санитарного обслуживания Красной Армии.

Территориальное расположение Советской Белоруссии, на большом процяжении граничащей с западом, с особой настойчивостью выдвигает перед Наркомздравом БССР вопросы санитарной обороны и медико-санитарного обслуживания Красной Армии. Только единство плана всей системы строительства Здравоохранения БССР с плановыми мероприятиями оздоровительного характера Военно-Санитарного Управления Белорусского Военного Округа и твердое проведение в практической работе принципа единства Советской медицины, смогут вполне обеспечить обороноспособность нашей Республики в санитарном отношении. Основной предпосылкой, гарантирующей в дальнейшем правильное, бесперебойное развитие мэдико-санитарного дела в соответствии всех задач и требований, которые пред'являет Красная Армия к органам здравоохранения, является теснейшая плановая увязка работы Военного Санитарного Управления с Наркомздравом БССР и его органов на местах. Только при дружной, взаимно-согласованной товарищеской работе удастся общими силами преодолеть те трудности, которые стоят на пути оздоровления труда и быта широких масс трудящихся и тем самым укрепить санитарную оборону Республики.

Военно-Санитарная Конференция намечает в дальнейшем перед Наркомздравом и Военно-Санитарным Управлением следующие очередные задачи:

1. Общий план строительства Здравоохранения БССР должен быть согласован с планом развертывания сети военно-санитарных учреждений и с проведением главнейших военно-санитарных мероприятий оздоровительного характера, что даст возможность внесения соответствующих коррективов по всем видам бюджэта Наркомздрава БССР. На местах при Окружных инспекциях Здравоохранения необходимо организовать регулярную консультацыю гарнизонных врачей по военно-санитарным вопросам.

2. Взаимно участвовать в Республиканских и военно-санитарных совещаниях, как по общим, так и по специальным вопросам медицины. В частности необходимо наибольшее участие военных врачей в предстоящем третьем Всебелорусском С'езде участковых врачей, который состоится в Минске 4 мая 1929 года.

3. Широко распространять как среди военно-санитарных учреждений, так и среди военных врачей, журнал „Мэдычная Думка". Освещать в журнале вопросы медико-санитарного обслуживания труда и быта Красной Армии, для чего в журнале должен быть выделен специальный военно-санитарный отдел.

4. Привлечь к участию в работе ученого медицинского совета Наркомздрава военно-санитарных специалистов и увязать план работы научно-исследовательских институтов Наркомздрава с соответствующими учреждениями Окружного военно-санитарного Управления.

Рекомендовать военно-санитарным работникам на местах принимать широкое участие в научной работе гражданских медико-санитарных учреждений и обществ, а также путем докладов освещать вопросы военно-санитарного характера.

5. Придавая особо важное значение санитарной организации в деле проведения общеоздоровительных мероприятий на территории БССР Наркомздравом совместно с военно-санитарным Управлением проработать вопрос об усилении санитарного надзора за бойнями, местами заготовок, хранения и продажи продуктов общественного питания, в частности усилить борьбу с трихинозом. Считать целесообразным снабжение сывороточными и вакцинными препаратами, производить через Микробиологический Институт в Минске.

6. В виду угрожающей БССР вспышки эпидемии сыпного тифа Наркомздраву БССР совместно с военно-санитарным Управлением Белорусского Военного Округа принять меры лечебно-профилактического санитарно-просветительного характера и призвать всех работников здравоохранения, как гражданских, так и военно-санитарных к бдительности на эпидемическом фронте. В частности необходимо принять конкрэтные меры к усилению развития банно-прачешного дела и дезустановок в соответствующих местах

7. Усилить медико-санитарное обслуживание учебных пунктов допризывной и вневойсковой подготовки. Наркомздраву БССР обеспечить медико-санитарное обслуживание учпунктов средствами в бюджетном порядке. Наркомздраву БССР совместно с ВСУ БВО войти в соответствующие органы с предложением об отпуске средств для ремонта и оборудования учпунктов и улучшения их санитарного состояния. Дальнейшее развертывания сети учпунктов согласовывать с органами здравоохранения на местах и ВСУ БВО.

8. Наркомздраву обеспечить бесплатную медико-санитарную помощь (амбулаторную, стационарную, районную, скорую и медикаментозную) семей военнослужащих Красной Армии наравне с семьями застрахованных.

Обслуживание военнослужащих производить на основе соответствующих законоположений БССР, производя своевременно

перерасчеты между окружным военно-санитарным управлением и Наркомздравом.

Проработать и разрешить вопрос о формах и способах обслуживания стационарно-лечебной помощью начсостава, демобилизованного из РККА по болезни, а для ремонта здоровья начсостава Наркомздраву увеличить число мест для военнослужащих в санаториях, расположенных в территории БССР, в частности поднять вопрос о забронировании мест в санатории Главсоцстраха „Сосновка".

Предоставить возможность военно-санитарным учреждениям пользоваться специальными лабораториями органов здравоохранения в тех пунктах, где нет подобных учреждений военно-санитарного ведомства.

9. Обратить внимание Наркомздрава на военно-санитарную подготовку врачей и всего медицинского персонала, для чего необходимо:

а) организовать краткосрочные курсы на местах по вопросам химической обороны, использовывая для этой цели специалистов военно-санитарного дела;

б) по линии Наркомпроса включить в програму учебного плана медицинского факультета Белорусского Государственного Университета преподавание санитарной тактики, полевой хирургии и вопросов газовой обороны;

в) привлечь гражданских врачей к участию в работе военно-санитарных кружков и секций Осоавиахима. Наряду с усилением работы по подготовке сестер запаса обратить внимание Наркомздрава на подготовку квалифицированных медицинских сестер, для чего укрепить медицинскую школу сестер Красного Креста.

10. Отмечая развитие проституции в городах БССР и связанный с ней рост венерических заболеваний в гарнизонах, обратить внимание Наркомздрава на необходимость усиления работы комитетов по борьбе с проституцией, вовлекая в это дело гарнизонных врачей.

11. Принимая во внимание огромное значение участия трудящихся в деле советского здравоохранения, необходимо теснее увязать работу Советов социальной помощи секции здравоохранения и санитарных комиссий сельских Советов с задачами санитарной обороны страны, всячески вовлекая в работу последних демобилизованных красноармейцев. Особо важное значение в этом отношении приобретает работа Белорусского Красного Креста, который должен стать в центре внимания военно-санитарных работников. Только при осознании великих задач обороноспособности нашей страны всеми работниками здравоохранения и при дружной поддержке всех трудящихся мы сможем санитарно укрепить и оздоровить Красную Армию и тем самым обеспечить мирное строительство Социализма Советской Белоруссии.

Інформацыйны кон'юнктурны лісток Белмэдгандлю аб стане аптэчнага рынку БССР.

10 лютага 1929 г., № 4.

1. Агульнае становішча з імпортавымі таварымі такое, што ў бягучым годзе вельмі ўрэзаны імпортавыя контынгенты па частцы мэдыкамэнтаў і па частцы абсталяваньня. Некалькі палягчаецца труднае становішча тым, што падаўжаюць паступаць імпортавыя прадметы ад мінулага году. Тым ня менш заяўкі ад Аптэкакіраўніцтв будуць прымацца толькі на самыя неабходныя прадметы абсталяваньня, прычым ступень неабходнасьці будзе устанаўляцца Народным Камісарыятам Аховы Здароўя.

Пэрспэктыва з іодам вельмі цяжкая і замест 28000 р. на іод для ўсёй БССР адпушчана толькі 8000 р. Белмэдгандаль папярэджвае Аптэкакіраўніцтвы і лекавыя ўстановы аб ашчадным выдаткаваньні іоду. Фармазаводу дадзена распараджэньне аб расфасоўцы іоду ў бутэлечках ня больш 5-ці грамаў у абмежаванай колькасьці, дзеля чаго трэба будзе выдаваць ня больш аднэй б тэлечкі ў адны рукі.

Што датычыцца мэдыкамэнтаў і прадметаў абсталяваньня ўнутры саюзнага вырабу, то ў адносінах да гэтага перабояў няма, апроч фармаліну, які будзе выдавацца ў вельмі абмяжованай колькасьці, і гэтую акалічнасьць трэба прыняць пад увагу і выдаваць фармалін выключна для дэзынфэкцыйных мэтаў; трэба чакаць, што цяжкае становішча з формалінам адаб'ецца таксама на вырабе уратрапіну.

У бліжэйшым часе Белмэдгандаль арганізуе вялікую выстаўку электра - мэдычных прадметаў, якая будзе прыстасавана да зьезду вучастковых дактароў і аптэкакіраўніцтв; усе прадметы гэтай выстаўкі ў часе зьезду будуць дэманстравацца ўрачэбным і аптэчным работнікам.

2. Па Хэмсындыкату ўсе прадметы, апроч соды для піцьця і кальцініраванай соды прадаўжаюць заставацца ў вострым дэфэкце.

3. Па Ўсесаюзнаму Тэкстыльсындыкату. Вельмі абмяжованыя заяўкі, якія былі дадзены Аптэкакіраўніцтвамі, выклікаюць сыстэматычныя перабоі ў забесьпячэньні акруг марляй. Белмэдгандлем паднята хадайніцтва перад Народным Камісарыятам Аховы Здароўя РСФСР і Тэкстыльсындыкатам аб павялічэньні кантынгенту для БССР, які, аднак, ня можа быць павялічаны раней 4-га кварталу.

4. Па Белшклатрэсту. Справа забесьпячэньня Аптэкакіраўніцтв аптэчным шклом перашла ад Белшклатрэсту да Продасілікату; у сувязі з гэтым кошт шкла будзе павялічаны да 2 проц.

5. Па Дзяржрыбсындыкату заяўкі, паданыя Аптэкакіраўніцтвамі, выкананы поўнасьцю. Паводле распараджэньня Народнага Камісарыяту Гандлю цэны на рыбны тлушч ад сьнежаня павышаны на 4,3 проц. Дзеля гэтага пры канчатковым разьліку з Аптэкакіраўніцтвамі Белмэдгандаль будзе прымушаны прылічыць да выпісаных рахункаў ад памянёнай даты.

6. Для дастаўкі Аптэкакіраўніцтвам гаспадарчых прылад і прадметаў дагляду за хворымі, Белмэдгандлем арганізаваны магазын № 4 у Менску, на рагу вуліц Энгельса і Савецкай, д. № 26, куды Аптэкакіраўніцтвы могуць зварочвацца з заказамі на паказаныя прадметы. Гэты магазын прымае таксама розныя даручэньні ў Менску для ўсіх Аптэкакіраўніцтв БССР. Белмэдгандлем заключаны дагавор з акцыйным таварыствам „Казімі“ дзеля забесьпячэньня ўсіх Аптэкакіраўніцтв прадметамі яго вырабу, якія можна атрымліваць праз магазын № 4.

7. Прадставіцельства на Каўкаскія мінэральныя воды і Боржом. Белмэдгандлем заключаны генэральны дагавор з Каўмінразьлівам і Галоўкурупрам Грузіі для забесьпячэньня БССР каўкаскімі мінвадамі і Баржомам. Умовы, якія даюцца Белмэдгандлем Аптэкакіраўніцтвам, лепшыя, чымся яны мелі-б ад першакрыніцы. З прычыны гэтага Белмэдгандаль заклікае Аптекакіраўніцтвы ўсімі мерамі падтрымліваць гэты пачын і змагацца з мясцовымі штучнымі мінэральнымі вадамі.

Сьпіс імпортавых тавараў, якія атрыманы Белмэдгандлем на працягу ад 1 кастрычніка 1928 г. да 1 лютага 1929 г.

А

Acidum picronitricum cryst.
Aloe capensis
Amidopyrin
Ampul. glaucosan linksdrehend
Aninoglacosan
Antimonium crud. pulv.
Arrecolin hydrobromic.
„ hydrochloric.
Azur Eosin Methylen blau.
Bengal—rosa
Bromural
Butyr. cacao
Calcium glycerophosphor.
Chinin. hydrochloric.
Chloral—hydrat. pur.
Codern holzöl
Corodenin
Dimethyl ami dobenzol
Dimethylamidobrenzkatechin
Dinatrium methylarsenicum
Diocain
Duplo Phiolen glaucosan rechtsdrehend
Ectebin
Fol. sennae Tinnewell
Fructus aurantior. immat.
Guajacol. carbonic.
Helmitol
Holocain
Homatropin hydrocloric.
Jsaminblau
Jodum purum
Kalium sulphoguajacolic.
Kreosot. fagi
Lanolin anhydric.
Magdalarat
Menthol recryst.
Ol. bergamoti
„ chaulmograe
„ citri
„ sinapic aeth.
Pura—dimethylazo benzol
Pelikan Tusch
Perhydrol 30%
Pepton sicc.
Phenacetin cryst.
Pilocarpin hydrochloric.
Rad. hydrast. cavad.
Resorcin
Rosanilen
Rubin S.
Sacchar. lactis
Stib. sulfur. aurant. pur.
Targesin pulv.

Б

Акуляры—мікрамэтры H — Zx
„ „ R — Zx
Апараты для тачэньня мікратомн. нажоў
„ Micro—Kydal'я
„ Патэна
„ рэнтгенаўскія Gross—Heliodor
Aplanat f = 7 см. ashärische Spalt—Lampenlinse
Асялкі для мікратомн. нажоў
Афтальмомэтр Экаваля
Барабан па Барану
Бінокулярны Sterko—мікроскоп
Broncho—oesohagoscop
Bucky - Drehblender
Grosses—Ophtalmoscop па Гульштранду
Hammer—Lampe nach Hess
Голкі да шпрыцаў Record RF
„ „ звычайн. сталёв.
„ „ Апеля прост.
„ „ „ пагнут.
„ хірургічн. пагнут.
„ „ простыя
Demonstrationsocular Aplanat achrom f = 10 см. Spaltenlamperlinse
Dunkelfeld Platten—Kondensoren
Касэты алюмінавыя

Кішэнныя спэктраскопы
Коўба да электра-магнэсу
Колёрымэтр Antenricht
Крыжавідны перасоўны столік да Sterko—мікроскопу
Крэсла зубаўрачэбнае апэрацыйнае Ritter
Лейкі Зіглі Brühl
Лямпачкі да цыстаскопаў
Лямпы дугавыя Liliput
„ опэрацыйныя Pantoplios
„ Solux
Люстэркі гартанныя
Маштабы драўляныя да штатыву Поліскоп
Мікраскопы Leitz'a B — Bedon
„ „ CC — Cugen
„ „ Minorado
„ Reichert'a з перасоўным крыжавідным столікам
Мікратомы замарожваючыя
Набор для вырабу каронак Пуансона
„ інструмэнтаў па Sachs для альвэалярных піорый
„ аптычн. шкла
„ каляровай шэрсьці па Holmgren'у
„ камэртонаў па Hartman'у
„ сталёвых форм для зубоў Пуанксона
„ Tromann для ортопэдыі зубаўрачэбнай
Objektmikrometor
Objektirpaar
Палільні кварцавыя 220 в. сталага току
„ „ 120 „ перам. „
Пальчаткі прасьвінцаваныя рэнтгенаўскія
Пакроўныя шклы да рахунковых камэр
Пантастат зубаўрачэбн. „Emda"
Прасьвечваючы экран 30 × 40
Прасьвінцаваныя шклы 30 × 40
Rectavist luppen—brillen
Ручкі да гартанных люстраў
Спружыны для бандажоў
„ „ дзяцей
„ „ недалеткаў
Сьвісток па Гальтону—Шэерэр
Stationarer Ruder—apparat „Primus"
Сэкундамеры
Тономэтр Schutz'a
Трубкі рэнтгенаўскія E. W.
„ „ E. W. DO
Тэрмомэтры максымальныя
Ultra—Sonne поўны зубаўрачэбны камплект
Nebungs — apparat сыст. M. W.
Узмацняючы экран
Умформэр
Унівэрсальныя ручкі да мікратомн. нажоў
Фільтры Berkefeld 20 × $2^1/_2$
„ Berkefeld 13 × $2^1/_2$
Zahlapparate mit Fuchs—Rosenthal Kammer
Цыліндры запасныя для шпрыцаў для вады
„ шкляныя да фільтраў Berkefeld
Часьці да лямпы па Гульштранду
Шклы прасьвінцаваныя 30 × 40
Шлемы
Шпрыцы Alexander 2,0
„ вочныя Апэля
„ гартанныя 2,0 і 5,0
„ для парафінаплястыкі па Brünigs
„ Жакэт Record 100,0 і 200,0
Электра-магнэс вочны Шумана

Зьмены цэн.

НАЗВА	Коль-касьць	Цана Р.	Цана К.	
Мэдыкамэнты				
Acid. boric. pur. cryst. . . .	к-о	1	10	Пры 100 к-о—1.08; пры 1000 к-о—1.07
„ „ „ pulvis . . .	„	1	40	Пры 25 к-о—1.37; пры 100 к-о—1.35
Adonilen па 10 шт.	амп.	1	—	
Aethyl chlor. у упак. па 30,0 .	„	—	52	Пры 100 амп.—51; пры 500 амп.—50
„ „ у пушачк. па 5 амп.	пушач	2	35	Пры 25 пуш.—2.30; пры 100пуш.—2.25
„ „ „ „ 10 ам.	„	4	65	Пры 25 пуш. —4.57; пры 100 пуш.—4.50
Ammon. chlorat. pur. . . .	к-о	1	67	Пры 25 к-о—1.65; пры 100 к-о—1.63
Atropin sulfuric.	„	1451	50	Н.—147.25; 25,0—37.25 к.
Bacc. Rubi i daei	„	2	—	Пры 25 к-о—1.98; пры 100 к-о—1.95
Cera alba	„	5	95	Пры 25 к-о—5.86, пры 100 к-о—5,78
Ceresin alb. et flav.	„	4	40	
Cocain muriatic	„	361	25	Пры 5 к-о—355.90; Н.—36.92 к.
Collargol (Argent. colloid. у упак. па 5,0)	тр.	—	77	Пры 10 тр.—76 к.; пры 100 тр.—75
Collargol (Argent. colloid. у упак. па 10,0)	„	1	50	Пры 10тр.—1.47 к.; пры 100 тр.—1.45
Diuretin (Theobrom. natr. salicyl.)	к-о	17	65	Пры 5 к-о—17.40; пры 25 к-о—17.15
Eugenol	„	51	10	Н.—5.20 к.
Eu chinin (chinin aethylcarb.) .	„	78	50	Пры 5 к-о—77 р.; пры 50 к-о—76 р.
Flores Tiliaetot.	„	1	07	Пры 10 к-о—1.05; пры 100 к-о—1.03
Hydrarg. benzoicum sicc. . .	„	28	60	Н.—2.90; 25,0—75
„ metallic.	„	9	55	Пры 10 к-о—9.40
Kal. hydricum purum . . .	„	2	60	„ 5 „ —2.55; пры 25 к-о—2.50
Lecithin ex 000	„	57	20	Н.—5.80; 25,0—1.48
Magnes. perhydrol (sinonim) 15%	„	4	65	Пры 5 к-о—4.55; н.—48 к.
„ „ „ 25 „	„	5	30	„ 5 „ —5.20; н.—55 к.
Menthol recryst.	„	59	15	Н.—6; пры 5 к-о—58.25
Naphthalysol	„	1	—	Пры 100 к-о—99; пры 1000 к-о—97

Н А З В А	Коль-касьць	Цана Р.	Цана К.	
Natr. sulfuric. sic..	к-о	—	31	Пры 10 к-о—30; пры 100 к-о—29
Oleum Amygdal. (Pevsicor.) .	„	4	05	„ 10 „ —4 р.; пры 100 к-о—3.95
„ jecoris	„	1	95	Арыгінальн. бочка—1.90
„ Menthae pip.	„	25	05	Пры 5 к-о—24.70; пры 25 к-о—24.35
„ Ricini	„	1	05	Пры 100 к-о—1.03; пры 1000 к-о—1 р.
Radix Senegae conc. . . .	„	9	75	Пры 10 к-о—9.57; пры 100 к-о—9.45
„ „ tot.	„	8	80	Пры 10 к-о—8.65; пры 100 к-о—8 53
Stront. bromatum	„	6	—	Пры 10 к-о—5.90; Н.—62
Thymol	„	43	90	„ 5 „ —43.25; Н.—4.46
Uaselin alb. Rossic.	„	—	85	„ 100 „ —84; пры 500 к-о—83
„ flav. „	„	—	74	„ 100 „ —73; „ 500 „ —72
Uasogen Ichtyol 10% . . .	„	2	40	„ 5 „ —2.36
„ jodatum 6 „ . . .	„	3	35	„ 5 „ —3.30
„ „ 10 „ . . .	„	4	87	„ 5 „ —4.80
Linc. oxydat. Ross.	„	1	30	„ 100 „ —1 27; пры 500 к-о—1 24
Фармацэўтычныя прэпараты				
Liquor ferri albuminati . . .	к-о	—	72	Пры 10 к-о—71; пры 100 к-о—70
Oleum camphorae c. ol. amygd. 10%	„	4	95	„ 5 „ —4.88; пры 25 к-о—4.80
Oleum camphorae c. ol. amygd. 20%	„	5	15	Пры 5 к-о—5 05; пры 25 к-о—4.95
Oleum phosphor. c. ol. amygd.	„	4	70	Н.—48 к.
Ампулы				
Oleum camph. c. ol. amygd. 10% па 10 шт.	сотня	4	25	Па 100 шт.—3 60
Oleum camph. c. ol. amygd. 20% па 10 шт.	„	4	35	„ 100 „ —3.75
Фасоўка				
Альбумінная жалеза па 200,0 .	туз.	4	80	
„ „ „ 400,0 .	„	7	80	
Боромэнтоль арыг. тубы . .	„	1	44	
Мігрэневыя алоўкі па 1,0 . .	„	1	37	Пры 100 туз.—1.35; пры 500 туз.—1.33

Вынікі збору лекавых расьлін Белмэдгандлю за 1927—28 г.

Толькі другі год Белмэдгандаль заняўся разьвіцьцём збору дзікарослых лекавых расьлін, але ўжо цяпер можна адзначыць значна павялічыўшыяся загатоўкі ў параўнаньні з мінулым годам. У 1926-27 г. мы загатовілі ўсяго на 25.000 р., а ў 1927-28 г. агульная загатоўка лекрасьлін выявілася ў суме каля 75.000 р. У бягучым годзе была праведзена спроба работы праз аптэкакіраўніцтвы, якія вялі на мясцох загатоўку праз свае раённыя аптэкі, карыстаючыся інструктарскімі сіламі Белмэдгандлю і атрымліваючы ад Белмэдгандлю ўсе патрэбныя паказаньні і кіраваньні. Добра выканалі свой плян Менскае, Бабруйскае і Аршанскае Аптэкакіраўніцтвы, слаба—Полацкае і Гомельскае.

У адносінах да дадзеных заданьняў выкананьне выяўляецца ў наступных цыфрах:

Менскае	аптэкакіраўніцтва	—175% заданьня
Бабруйскае	"	—128 " "
Аршанскае	"	—110 " "
Мазырскае	"	— 82 " "
Магілеўскае	"	— 72 " "
Віцебскае	"	— 53 " "
Полацкае	"	— 22 " "
Гомельскае	"	— 22 " "

З агульнай сумы загатоўкі лекрасьлін экспартавана заграніцу на 35.000 р., а рэшта пайшла на здавальненьне патрэб унутранага рынку.

З паасобных відаў лекрасьлін трэба адзначыць пасьпешны збор рамонку і галаўні, якімі ўдалося ня толькі пакрыць унутраныя патрэбы, але выдзеліць значную частку для экспорту, слабей прайшоў збор чарніцы і зусім слаба—лікаподыя. У апошнім прадмеце будзе адчувацца пэўны нястатак да новага сэзону. Аптэкакіраўніцтвам на мясцох трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу на збор лікаподыя.

Паміма збору дзікарослых лекрасьлін Белмэдгандаль удзяліў вялікую ўвагу і культуры лекрасьлін. Белмэдгандаль зьвязаўся на асобных дагаворных умовах з Магілеўскай дасьледчай станцыяй лекрасьлін Народнага Камісарыяту Земляробства, у сэнсе культуры на самай станцыі і ў сэнсе разьвіцьця культуры сярод сялян-дасьледнікаў, савецкіх і калектыўных гаспадарак і інш. Станцыяй на сродкі Белмэдгандлю запрошаны спэцыяльна дасьведчаны інструктар для разьездаў і інструктаваньня ўсіх гаспадарак, якія займуцца культурай лекрасьлін. Паводле 5-гадовага пляну Магілеўскай дасьледчай станцыі ў канцы пяцігодкі агульная плошча засеяных лекрасьлінамі палёў павінна дасягнуць да 100 гэктараў з прадукцыяй каля 60.000 руб. У цяперашнім сэзоне меркавалася засеяць 15 гэктараў з прадукцыяй на агульную суму 8—10.000 руб.

Галоўным чынам намячалася культура бэлядоны, шалвеі, наперстаўкі, валяр'янавага караню, шток-розы, мяты, рамонку і інш. У бягучым сэзоне Белмэдгандаль намеціў плян загатоўкі лексыравіны на 75.000 р., аднак, маючы на ўвазе зьніжэньне цэн на рынку лексыравіны і адмову ад некаторых відаў дзяшовых тавараў (напр., крушына з прычыны насычэньня рынку), агульная колькасьць будзе больш чымся ў мінулым годзе. Неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу на якасьць лекавай сыравіны, якая прыймаецца ад сялян, дзеля таго, што ў гэтых адносінах практыка мінулага году паказала вялікія недахопы.

Праўленьне.

В первых числах июня с. г. в Ленинграде состоится 3-й Всероссийский С'езд Урологов. Програмные темы: 1. Плотные опухоли почек. 2. Гонорройные заболевания семенных пузырьков. Рекомендованные темы: 1. Этиология нефролитиаза. 2. Гонорройные заболевания придатков матки.

Заявления о докладах и положения должны быть доставлены для напечатания не позднее 15 апреля по адресу секретаря Оргбюро С'езда Прив. Доц. М. А. Мухаринского. Ленинград, Пушкинская, 15, кв. 1.

ЗЬМЕСТ

Стар.

1964 г.


U000000 1860536